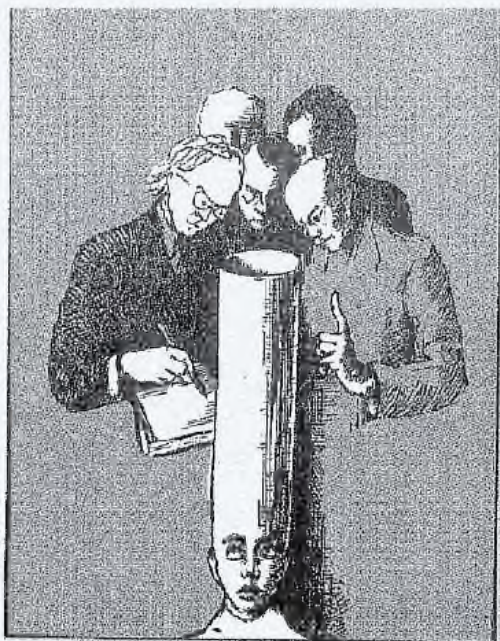


فرائدواكلوية



# الصححة النفسية

ترجمة

ميشال أبي فاضل



٥٥

تليجرام



سور الألفية

جميع الحقوق محفوظة  
الطبعة الأولى  
1412 هـ - 1992 م

**جامعة القاهرة** **مكتبة**  
**المكتبة الجامعية لطباعة والنشر**

بيروت - الحمراء - شارع النيل ١٥ - طبعة ملام  
حافظ : ٨٠٢٤٢٨ - ٨٠٢٤١٧ - ٨٠٢٢٩٩  
بيروت - المصطفية - طبعة طبعه حافظ : ٢١١٢١٠ - ٢٠١٠٢٠  
من : ٢٢١١ / ٢٢١٢ - ٢٠١٢٥ - ٢٠١٨٠ - لبنان

# الصحة النفسية

ترجمة

جميل ثابت

ميشال أبي فاضل

هذا الكتاب ترجمة :

# LA SANTÉ MENTALE

par le

D<sup>r</sup> François CLOUTIER

© Presses Universitaires de France – Paris

## مدخل

ينطوي تعبير «الصحة النفسية» على بعض الإلتباس - فهو يدل على حالة في الجهاز النفسي . ونحن نتحدث عن صحة نفسية جيدة وأخرى مهيئة قیاساً على الصحة الجسمية . لكن هذا التعبير يتناول أيضاً مجموعة النشاطات التي تهدف إلى تأمين حماية هذه الصحة ، وهي نشاطات تدخل في الإطار العام لعلم الصحة .

وفقدنا تعبير «الصحة النفسية» ، من حيث دلالاته ، على حالة في الجهاز النفسي من جهة ، وتناوله مجموعة نشاطات حماية الصحة من جهة أخرى ، إلى وضع خطة معينة لفصول هذا الكتاب . فسندرس في الباب الأول منه مفهوم الصحة النفسية محاولين تحديده وفهمه ، لنستل في الباب الثاني بالطبع ، إلى الإهتمام بالطرائق والتقنيات المعتمدة خاتمين كلامنا بالحديث عن حركة تضم منذ حوالي خمسين سنة مفاهيم مختلفة ، وهذه الحركة هي حركة علم الصحة النفسية ، أو كما يعطى للبعض تسميتها اليوم حركة الصحة النفسية .

ولقد آثرنا أن نعالج موضوعنا هذا بمعالجة عامة متبنين وجهة نظر شاملة ، غير أننا رغم ذلك لم نفلح في تجنب اتخاذ بعض المواقف . ومن البديهي القول أن مفهوماً كالذي نحن في صددده لا يمكن أن يفهم إلا من خلال نظرية للشخصية ، فيصبح من الضروري إذاً ، أن نتبنى وجهة نظر مذهب معين لا نتلوا دائماً من الفرضية . وما يجب ألا يغفل عن البال

أن ممارسة علم الصحة النفسية ما زال في مرحلة التجربة ، فليس من السهل إذاً السعي لدراسته دراسة تنظيمية .

إن كتاباً كهذا يجب أن تُرسم حدوده ضمن إطار متعدد العلوم والإختصاصات ، كما يجب أن تبقى مراجعة البديهية مراجع طب نفسي ، أما أسسه فهي نفسية المنحى وتعرف من ميادين مختلفة كاختلاف علمي السلالات والأوبئة . ويبدو علم الصحة النفسية نوعاً ما أشبه بعلم جديد هو علم اجتماع الإنسان أمام مشاكل الحياة .

وأهمية هذا العلم باللغة ، فهي تُقاس بإفلاس طرائق الطب النفسي المركزة حول العلاج والاستشفاء في مواجهتها لمشكلة الأمراض النفسية الجسيمة . فليس من بلد في العالم إلا ويُعد متأخراً في معالجة هذا الصراع المتباين المنشأ . فعند المرضى في تزايد مستمر ، ومن الوهم الاعتقاد بأنه يكفي أن نبني المستشفيات وأن نعد الإختصاصيين للتوصل إلى تذليل معضلة تتفاقم بسرعة تفوق ما هو متوفر لها من وسائل علاج .

وتزيد عوامل عديدة من خطورة الموقف ، نذكر منها تكاثر السكان واكتظاظ المدن بهم ، ووطأة ظروف الحياة المعاصرة ، والبلبل في معظم القيم التقليدية ، وكلها من عواقب التقدم العلمي والتكنولوجي ، أوليست البلدان التي يطلق عليها «نلميحاء البلدان النامية» ، والتي تشكل القسم الأكبر من العالم خاضعة ، في هذه الفترة من التاريخ ، لتصنيع سريع وفوري أيضاً ؟ مهما كانت الحاجة إلى هذا التصنيع ماسة فهي لا تخلو من عواقب تضر أحياناً بالناحية النفسية . أن العمل الوقائي يبدو وحده الحل الناجع ، وهو يتضمن مظهراً تقنياً يفرض إعداد التجهيزات الصحية الاجتماعية الملائمة ، كما يتضمن مظهراً اجتماعياً يدعو إلى اتخاذ إجراءات عامة تتعلق بتنظيم الجماعة . إن هذه الأمور جمعاء هي ما يتلوه علم الصحة النفسية .



مفهوم الصحة النفسية





## الفصل الأول

### في البحث عن تحديد

تصعب علينا الإحاطة بمفهوم الصحة النفسية رغم توافر التحديدات ، فما من طبيب نفسي ، أو عالم نفسي إلا واقترح تحديداً لهذه الصحة . وهذه المحاولات هي في كثير من الأحيان غير مرضية . وإذا ما تساءلنا عن السبب وجدناه مرتبطاً بطبيعة المفهوم التي تفرض ، بشكل يكاد يكون مت لازماً ، حكماً تقييمياً . ويبدو أنه ليس للصحة النفسية أي معنى إلا داخل نظام اجتماعي ثقافي وعبر بعض المفاهيم في الحياة . ويرتبط ذلك أيضاً بصعوبة التوافق على معايير موضوعية خاصة بالصحة النفسية قبلها الجميع . والنتيجة أن عدداً لا يستهان به من التحديدات المقترحة يعكس على الأخص ، نظرات واضعها وليس له إلا أثر يسير من الفائدة العملية .

غير أن هذا البحث يفرض علينا أن نتخطى هذا المستوى ، وأن نحاول إعطاء أساس علمي لمفهوم شديد الإضطراب كهذا . وهناك ، بادئ الأمر ، فائدة من تقييم المعايير التي يتواتر استعمالها بكثرة في محاولات التحديد . وعلى خطى عالمة النفس ماري جوهادا سنناقش ثلاثة معايير منها : الخلو من المرض النفسي ، والموازنة بين مفهوم الصحة النفسية ومفهوم السوي ، وردة الصحة النفسية إلى بعض حالات العافية والرضى .

## 1 - الخللُ من الأمراض النفسية

أن نحدد الصحة النفسية بضدها هو في الظاهر اختيار اقل الأكثر بساطة وبداية . وفي الواقع أن القسم الأكبر من معلوماتنا في علم النفس يعود إلى دراسات أجريت انطلاقاً من ظاهرات مرضية . ونحن نعرف عن السلوك غير السوي أكثر مما نعرف عن السلوك السوي . وهكذا يجب أن يسهل الأمر علينا سهولة نسبية في تحديد المرض النفسي كما يسهل علينا ، من خلال هذا التحديد ضبط المفهوم الذي يشغلنا . إلا أننا نصطدم دفعة واحدة بصعوبات جسيمة .

تتعلق الصعوبة الأولى بطبيعة علم الأمراض النفسية فإن تعبير «مرض» هو يحد ذاته مصدر غموض ، وهو يعود إلى صورة كلاسيكية في الطب ، صورة يجب أن نعلن عنها أنها لم تعد تجد ذات التطبيقات في الطب النفسي . وأن هذه الصورة تصدر عن الطريقة التحليلية العيادية التي ألحق لاينك [Laenck] اسمه بها والتي يركز بمقتضاها كل كيان مرضي على ثلاثة معايير هي : تشابه العوارض الملاحظة ، ووحدة الجروح التحتية أو شبه وحدتها والعمليات الفيزيولوجية وتطابق العوامل المتعلقة بمسببات المرض .

ومن التادر أن نلاحظ هذه المعايير في الطب النفسي والسبب في ذلك بسيط وهو أننا نجهل الأسباب الدقيقة لمعظم الأمراض النفسية . وتستند التصنيفات المتبعة ، عامة ، على التشابه في اللوحات العيادية وعلى التشابه في التطور . ونحن ، إذن ، نتكلم عن المرض في علم الأمراض النفسية تمشياً مع عادات تفكير محض طبية يجتهد المرض فيها حدوداً لا متناهية من حيث قلة الموضح وضعف المتانة ولا يُعرف له فيها مبحث واحد إلا في حالات غير سوية ، وهو بالمقابل يستحيب لعوامل متنوعة ذات نسق جسماني أو نفسي أو اجتماعي .

ونصل إلى استنتاج مباشر هو أنه لا يوجد تصنيف للأمراض النفسية

مقبول عالمياً . وإذا كان الأطباء القليلون يعتقدون في الخطوط العريضة من تشخيصاتهم فإن اختلافاتهم كثيرة وهي ترتبط من جهة بالفروقات اللغوية ومن جهة أخرى بوجود عنصر ذاتي يتدخل في تقييم العوارض ، هذا ، وأن الدلائل الموضوعية تكون مفقودة أحياناً . وهكذا يمكن لأحد المرضى أن يصنف كمنقسم الشخصية [schizophrène] في الولايات المتحدة في الوقت الذي يتلقى فيه تشخيصاً آخر في فرنسا أو إنكلترا ، وأنه لمن غير المعقول أن يكون الأمر كذلك في حالة الجديري مثلاً .

يجب أن نضيف - وهذه صعوبة ثانية - أن حقل علم الأمراض النفسية قد توسع بشكل فريد ، فقد مضى وقت كانت فيه دراسة الإنسان غير السوي متشرة ، ولم يكن من الضروري على من يتولى تشخيص الجنون أن يكون طبيباً نفسياً ، ذلك أنهم ما كانوا يتعرفون إلا على الأشكال المتطرفة لعدد محدود من الأمراض . لقد انحصر الطب النفسي نسبياً في فئة الذهانات [psychoses] لكن تطور هذا العلم بالإضافة إلى معطيات التحليل النفسي أغنيا هذه النواة التي أضيفت إليها الأعصاب [névroses] والظواهر النفسية الجسدية وكل سلسلة الاستجابات التي تذكر على مستوى السلوك .

وإذا كانت حدود علم الأمراض النفسية قد تباعدت فقد أصبحت أكثر غموضاً مما يؤدي بنا إلى تعذر التمييز الوصح بين السوي والشاذ وقد كنا لفترة زمنية معينة نستطيع القول : إن الإنسان المريض يبدى ما يختلف عن الشخص المعافى . لكننا اليوم نعلم أن الأشياء ليست بهذه السهولة ، رغم أن هذه النظرة لا تزال تجدد من يدافع عنها . إن الإصابة الطب نفسية تضخم أو تشوه ما كان سائداً قبلها . فالسألة مسألة تدرج ولإنسان يستحب بكلية وفقاً لنسبته الخاص ، والظواهر الطب نفسية [Psychiatriques] لا تبدو أشبه بأمراض بل أشبه باستجابات تظهر تحت تأثير عدة عوامل مسببة وتفصح عن ذاتها من خلال شخصية فرد معين . وهناك صعوبة ثالثة تنجم عن كون مفهوم المرض النفسي بالذات ،

يتبدل تبعاً للآزمة والبيئات ، وأن مبحث أعراض الإنسان المريض نفسياً يصبّ في حلقة الإحتجاجية وهو يتجلى عادة باضطرابات في السلوك . والمريض ، لا يكون مفصلاً عن عائلته وعن محيطه ، فاستجابته المرضية تتركز في مجموعة واسعة وتتأثر بالبيئة التي تستثيرها إلى حد ما .

إن هذا الموقف ، وهو موقف مقبول في ظروف معينة ، قد يبدو موضوع مَرَضِيٍّ في ظروف أخرى . يُذكر أحياناً مثل الهود الكواكيولتين [les Kwakiults] من كولومبيا البريطانية في كندا إذ تأخذ بعض تقاليدهم صفه الهلديان إذا ما قُومت وفقاً لمعاييرنا . ويسهل الإكتثار من الأمثلة عن التصرفات التي يرتبط بقيمها بأعراف اجتماعية سائدة .

لأنه يجب أن تتجنّب الإستنتاج السريع . والخطر يكون في المرج بين العرض [Symptôme] والوظيفة [Fonction] . فالوظيفة هي التي تورّط في حال حدوث الإصابة الطب نفسية أما العرض فليس سوى تجلّيها . هو الذي يتغير حسب الثقافات ، أما الكائن البشري فهو هو في كل مكان .

يبدو إذن أن مفهوم المرض العقلي هو بوجه خاص صعب التوضيح . ثم أن طبيعة العملية النفس - مَرَضِيَّةٍ واتساع ميدان الطب العقلي ونسبية المرض النفسي كما تبدو من منظار اجتماعي ثقافي ، لا تسمح جميعها أن نكوّن عنه فكرة واضحة ، وهكذا يبدو أن ليس باستطاعتنا المضي إلى أبعد من هذا . ويجدر بنا القول إن كل محاولة تهدف إلى تحديد مفهوم الصحة العقلية تبقى ذات قيمة نسبية إذا ما استندت على الخلو من المرض العقلي .

## 2 - السوي

أمّا المحاولة التي تلجأ إلى وصف مفهوم الصحة النفسية بجعله معادلاً لمفهوم الإنسان ، فهي لا تبدو أبداً مرضية أكثر من سابقتها . إنها تعود بنا إلى تحديد تعبير يتعبّر آخر يفرض علينا بدوره أن نحلّله . ما هو

السوي ؟ نقول إنه كما كان من المتعسر إعطاء تحديد للمرض العقلي كذلك إنه لمن الصعب أن نأخذ عن السوي مفهوماً ملائماً ، والأمر بدسني لأن الواحد يبدو نافعياً الآخر . في الواقع ليس الأمر سهلاً .

إن دراسة مختلف المجتمعات - وقد أتينا على التلميح إليها - تدلنا جيداً على أن ما يمكن اعتباره سوياً يتغير بشكل هائل ، ولا يوجد إذن نموذج لسوي ينطبق على كل البيئات وكل الأزمنة . ويكون تساهل المجتمع - إلى حد معين - هو الذي يثبت حدوده وهي حدود متقلبة . يجب ألا ننسى أن المجتمع يكو دائماً غير متجانس وأن المعيير المثبتة تتغير من طبقة اجتماعية إلى أخرى مثلاً . وتعتبر بعض التصرفات سوية ، أي أنها ضمن القاعدة ، بالمعنى الحقيقي ، عندما تلتقي مع تجانس نسبي ، ويكون تواترها المرتبط بتقدير المحيط هو الذي يحدد معناها .

ولكن هل تستطيع هذه الناحية المحض إحصائية أن تساعدنا على ضبط تحديد الصحة النفسية عن كثب ؟ أنها تبدو غير قادرة على ذلك ، وأن تنبأها قد يرجع بنا في الواقع إلى اعتبار ما تقول به أو فعله أكثرية الناس صحيحاً واعتبار ما يبتعد عنه غير صحيح . ويمكننا أن نكتفي بمثل واحد لكي نوضح عدم جدوى اقتراح كهذا عندما ندفع به إلى أبعد حد . لأن أكثرية الأفراد يتزوجون يمكننا القول أن العازبين غير أسوياء ؟ طبقاً للإشتقاق نعم لأهم يبتعدون عن قاعدة ولكن لا ينتج عن ذلك ، ضرورة ، أن هؤلاء العازبين هم على الصعيد النفسي غير أسوياء . إن محاولة كهذه لا يكون لها سوى قيمة تقريبية .

ويمكننا أن نفيس على ذلك الناحية المعيارية : فالمسألة لم تعد تكمن فقط في معرفة ما إذا كان هذا النمط السلوكي يتواجد بهذا التواتر أو ذلك بل إذا ما كان يتوافق وبعض المفاهيم الخاصة بالبيئة . إن القاعدة لم تعد محددة ، قطعياً ، بتوزيع رياضي ولكنها تسخرط في بعض نظم قيمية . ثم أن الكائن البشري طبع إلى حد يجعل هذه النظم تتغير كثيراً من ثقافة إلى أخرى بل قل داخل الثقافة الواحدة ؛ ويصبح ، من جراء ذلك ،

التوصل إلى تحديد مُرضٍ أمراً أكثر صعوبة

أما المتغيرات فلا تكون ذات نسق محض اجتماعي بل أنها تتركز على مستوى الفرد ذاته . وأن ما ينطبق على زيد لا ينطبق ضرورة على عمرو وتجربة الطبيب النفسي اليومية تشهد على ذلك . ويمكننا أن نتصور عدة نماذج للسوي أي عدة مظاهر يكون فيها الشخص سويًا . ونقول إنه نظراً لهذه الأسباب جميعاً لا يبدو هذا المفهوم قادراً على أن يكون المعيار الوحيد .

ومن المفيد القول أن هذه الصعوبات تصادف في لطب حيث تتوافر الأدلة الموضوعية ويسهل استعمال القياس . فطبيب الأمراض الجسدية يكتبني أحياناً ، كما يعمل طبيب الأمراض النفسية ، برّد مفهوم السوي إلى الخلو من المرض . إنه مفهوم يبقى على صعيد الممارسة كافياً لاتخاذ المواقف العلاجية التي تفرض ذاتها ، لكنه على الصعيد المذهبي عرضة للنقد .

### 3 - السعادة والتكيف

بعض الكتاب ، وهم ليسوا بقلائل ، يربطون الصحة النفسية بمعايير محض ذاتية . وهكذا يتكلم البعض منهم عن السعادة بينما يكتبني البعض الآخر بالثلميح إلى بعض حالات الإرنياح ، وهي نادراً ما تُوضّح . وتُعرف هذه الحالات بأنها نتيجة لتكيف جيد مع البيئة . إن هذه المفاهيم تظهر بوضوح مقطّعة ، وقلما تبدو علمية .

يرقى مفهوم السعادة إلى الفلسفة أو إلى علم الأخلاق ، وإذا ما أدخلناه على علم النفس ندخل معه كل ما يجعل من غموض ونسبية . فالسؤال الأبدي : وما هي لسعادة ؟ لم يلقَ قط جواباً ولن يلقى على ما يبدو . وإنه لمن التهور - على الأقل - أن نلجأ إليه عندما نكون بصدد توضيح مفهوم شديد الصعوبة كمفهوم الصحة النفسية .

قد فرضت التحديدات التي استعانت بالخلو من المرض النفسي ، أو

بالتمثل مع السوي كما رأينا ، أحكاماً تقييمية ، وقد حاولنا أن بينَ إلى أي حد تنأثر المفاهيم المتعلقة بها بالبيئة وبالبنى الاجتماعية الثقافية ، ويصبح الأمر أشد تأثراً عندما نتناول السعادة . فها ، بالعكس عن تينك الحالات ، لا نجد عناصر موضوعية يمكن الركون إليها . ويبدو واضحاً أنه يجب نبذ هذه المحاولة ، لأن مفاهيم السعادة هي مفاهيم لا أوهى ولا أكثر تبديلاً منها .

وإذا افترضنا أنه يمكننا الاتفاق على هذا التعبير - وهذا محال ، لأنه يمرض علينا تصوّر مجتمع متجانس تماماً - لا نكون بذلك قد أحررنا تقدماً أفضل . فما الذي يتيح لنا الاعتقاد أن الصحة النفسية تساوي السعادة حتى في حال تقليص المفهوم ورقه إلى بعض الصيغ البسيطة ؟ أليس من الممكن أن يكون الشخص بشأ ويتكشف عن صحة نفسية ممتازة ؟

فالصعوبة ، هي في جزء منها ، متعلقة بعلم دلالة الألفاظ ، فكما تنقصنا الكلمات لوصف الحالات الانفعالية ، أو على الأصح ، كما أن الكلمات لا تغطي دائماً الظواهر الممكن قياسها ، يكون من الصعب التعبير عن الأفكار بوضوح . وترى الأكثرية أن السعادة تمثل نوعاً من التوازن بين الحاجات الغريزية وما تستطيع الحياة أن تقدّمه ؛ هذا مع أخذ ضغوط المجتمعات والبيئة بعين الاعتبار . لكن هذا يقلّص معنى السعادة ، بيد أنه قد يعطيها أيضاً قيمةً أسمى إذا اعتمدت كمعيار .

#### 4 - محاولات لتحديد

إن المعايير الثلاثة التي درسناها لا تمكّتنا إذا من تحديد الصحة النفسية تحديداً ملائماً . وأن هذه اللمحة التقديرية السريعة بيّنت لنا السبب الرئيسي لذلك : وهو أنها ، أي هذه المعايير ، غير دقيقة بحد ذاتها ، وتلجأ إلى مفاهيم تشترك فيها عوامل جدّ متعددة يصعب تمييز حدودها .

وبرى أنفسنا ضمن هذا الاتجاه مسوقين إلى طرح هذين السؤالين



هل أن تحديد الصحة النفسية هو حقيقة ممكن ؟ وهل من مبرر لإصرارنا على التوصل إليه ؟ كل شيء يرتبط بما ننتظره من التحديد . فإذا كنا نلج في طلب إيضاحات حول طبيعة المفهوم ذاتها فالجواب يكون أقرب إلى النفي . وإذا كنا نكفي تفسير عام يساعد على تحديد الإطار الذي يمكننا فيه أن نتابع دراسة متعمقة ، فالجواب يكون تأكيدياً .

ويمكننا أن نأخذ التحديد الذي أعطته عام 1948 البعثة التحضيرية للمؤتمر العالمي الثالث للصحة النفسية كمثال ، وهو يشتمل على قسمين :

(1) الصحة النفسية شرط يساعد على نمو أفضل للفرد من الناحية الجسدية والذهنية والعاطفية ضمن نطاق ينسجم مع صحة الآخرين النفسية . (2) والمجتمع الصحيح هو الذي يوفر لأعضائه نمواً كهذا ، ويؤتمن ، في آن معاً ، نموه الخاص وانفتاحه على المجتمعات الأخرى . ومن البديهي أن يثير تحديد كهذا الكثير من التساؤلات كما أنه من البديهي أيضاً ألا يفهم إلا إذا تحمّلنا مشقة تحديد كلماته . ولكن له على الأقل الفضل في تحديد المشكلة .

ليس ما يهمننا تحت القواعد بل تفصي المعايير التي نخوّلنا من وصف ، أو في حال تعدد الوصف ، نخوّلنا من تحديد حالة الصحة النفسية وقد سبق أن درسنا ثلاثة من هذه المعايير التي بدت ، عند أخذها كلاً على حدة ، غير مرافقة وشديدة الغموض والإتساع في آن واحد . يوجب على معاولنا أن تكون مختلفة عن تلك التي ذكرنا ، عليها أن تتجه ، من خلال نظرية للشخصية والسلوك ، نحو الإعراف بمختلف الخصائص النفسية التي تعبر ، بكل نسيبتها ، عن مفهوم الصحة النفسية ، أما أن يبقى بعض خيوط الشك حول تلك الخصائص ، فأمر يجب ألا يحول دون متابعة هذه الدراسة .

وعلى هذه الدراسة أن تسير ضمن اتجاه شعولي ، فالفضل بين الجسد

والنفس ، بين الجسماني والمساوي لم يعد قائماً اليوم . وعوض أن نتصور النشاطات الدنية منفصلة عن النشاطات النفسية وأحياناً متناقضة معها يجب أن نتناولها بطريقة متكاملة لأن الكائن الحي يوجد ككل ويمصح عن ذاته على مستويات مختلفة . ينتج عن ذلك ، انه ، لا يمكن ان نتكلم عن مفهوم قيم للصحة العقلية ، دون أن ينضوي هذا المفهوم تحت مفهوم أشمل هو مفهوم الصحة بوجه عام .



### تكوّن الشخصية

يستحق علينا ، بالإستناد إلى وضع معلوماتنا الحالي ، أن نعرض بتحليل قيم لمختلف المفاهيم المتعلقة بتكوّن الشخصية . فعلياً إذا أن نلجأ إلى الاختيار بين التفسيرات المقترحة ، و نضع أنفسنا ضمن اتجاه خاص بالتحليل النفسي . هذا وأن النظريات العرويدية ، مهما كانت الإنتقادات الموجهة إلى الطريقة العلاجية المنبثقة عنها ، تمثل في الواقع النظام الأكثر تماسكاً . إن هذا النظام يتلاحم بنسبة جيدة مع النظريات الموجهة نحو دراسة الوظائف الذهنية ودراسة السلوك أيضاً ؛ وقد يكون ذلك أحد الأسباب التي نتج عنها تغلغل التحليل النفسي في مختلف مدارس الفكر .

لسا نهدف إلى عرض نظرية التحليل النفسي عرضاً شاملاً ؛ رد على ذلك أن وجهة نظري ، إذا ما أردنا تحديدها ، ليست بأقل من انتقائية . مهما أن نهمم كيف تتكوّن الشخصية . فبعد أن نعرض لخطوط موهها العريضة سنتناول بناءها كي نعود بعد ذلك إلى دراسة بعض وظائفها من خلال مفهوم العقدة والدفاعات النفسية . وسنحاول انطلاقاً من هذا المثال أن نحدد أفضل معايير الصحة النفسية .

#### 1 - المراحل المختلفة

يحصّر تكوّن الشخصية في التاريخ الطبيعي للكائن البشري ؛ وعلى

كل دراسة تتعلق بهذا الموضوع أي «تكوّن الشخصية» ألا تأخذ ، بعين الإعتبار ، نواحيه النفسية وحسب بل نواحيه التكوينية والبيولوجية والإجتماعية الثقافية التي لا تنفصل عن بعضها البعض . تلك هي العوامل التي تولّد بتلاهما مجموعة الخصائص التي تميّز فرداً عن آخر والتي تولّد أيضاً بتفاعلها وحدانية الشخص .

إن هذا التطور يتم بالانتقال من تبعية الوليد المطلقة إلى استقلال الرشد السعي على المستويين الجسدي والنفسي . وخلال الأشهر الستة الأولى يدخل الرضيع تدريجياً في علاقة مع البيئة ، وتتم هذه العلاقة على النمط الإنعكاسي بوجه خاص وذلك بفضل تغيّرات تحدث في التوتر العضلي . ومن الشهر السادس وحتى السنة تتعقّد الإستجابات بسبب ، بالحركة لديه تسمح بمعالجة الأشياء ، أمّا الإستجابات العاطفية وخاصة فيما يتعلق بالأم التي يميّزها الطفل في هذه السن عن شخص آخر ، فتتعمّد . وهكذا يصبح الطفل أكثر فأكثر إدراكاً لجسمه الخاص ، كما يبرر لديه نوع أولي من الكلام .

أما الفترة التالية أي من عمر سنة إلى ثلاثة سنوات فتمتاز بتقدم كبير . فالنمو الحركي يتسارع خاصة مع المشي : فيظهر الكلام وتتكشّف معه قوة ذهنية . ويملك طفل هذه السن مفهوماً أكثر مطابقة عن جسمه . وتتبع خلال هذه المرحلة تربية لألياف العصبية كما يتولد (خلال هذه المرحلة أيضاً) الفلق وهو مرتبط بالفرائز التي تحاول أن تظهر وبالحرمان الذي يفرسه المجتمع .

وتساهم الفترة اللاحقة أي من عمر ثلاث إلى خمس سنوات في توطيد ما اكتسبه الطفل من تقدم ، والطفل يحاول أن يعرف الأشياء كما يكتسب الشعور بشخصيته ويبدأ بالتألف مع الآخرين . يستمر هذا النمو حتى البلوغ والمراهقة حيث تظهر الإضطرابات المتعلقة باستقرار الجنس على نمط الرشد . ونحذر هنا الإشارة إلى أن تكوّن الشخصية لا يكتمل في هذه الفترة ، فهو يستمر مدى الحياة كلها ، ونقول أن الشخصية تتكوّن

وتتوحد ما بين الولادة وبده سن الرشد إلا أنها ، بعد ذلك ، تتأثر بعدة مؤثرات وإن تكن هيئتها قد تثبتت في خطوطها العريضة .

إن هذا الوصف السريع ، والناقص حتماً ، مقتبس عن علم النفس التكويني لأنه لا يأخذ بعين الاعتبار سوى الخصائص الرئيسية لكل من هذه المراحل المختلفة . ويحسن بنا أن نضيف إليه البعد الخاص بالتحليل النفسي . إن النظرية المسماة بنظرية الطاقة الجنسية (الليبيدو) تشدد على أهمية الجنس عند الأطفال وتقرح مخططاً لمختلف مراحل النمو النفسي الجنسي . وتتناسب هذه المراحل إلى حد كبير مع المراحل التي جئنا على وصفها . هي تتميز بوجود مناطق جسمية قادرة على توليد اللذة والسباح لنشاطات غريزية بالظهور وهي تمثل أيضاً أنماطاً مختلفة من الصلة الأداة [Relation d'objet] أي عدة أساليب في إدراك الواقع . وهكذا نحن نتكلم عن مرحلة هنية ، ومرحلة شرجية ، وأخرى قضيبية ، تبعاً للعضو الذي يكون موضوع التركيز الجنسي .

تظهر عقدة أوديب خلال هذه المرحلة الأخيرة وهي تتميز باقتران تواجدها تجاه الأم وكرهه للأب . ويتم تطورها ، رغم كونه يختلف عند الصبي عنه عند البنت ، بالإتجاه نحو الإقتداء بالوالد الذي هو من نفس الجنس . ويكون الحل المناسب لموقف كهذا ضرورة محنة كي يتركز الجنس لسوي ويستمر تكون الشخصية بطريقة متناسقة . وهكذا نقول أن الإقتداء بشكل الميكانيزم الأهم في عملية تكون الشخصية .

ويمكسنا ضمن اتجاه اجتماعي ثقافي أن نضع هذا المخطط . أن تأثير كل من البيئة وتقنيات التربية على تكون الشخصية مؤكد ، فينتج عن ذلك أن المراتب التي سبق وصفها يمكنها أن تظهر بطريقة مختلفة . وهي دون شك تتناسب ونزعات بيولوجية وتتغير خاصة في مظاهرها . وبدلنا علم السلالات على أن عفة أوديب لا توجد في كل المجتمعات بل إنما هاك مواقف مماثلة .

## 2 - البنية

من الضروري أن نحدد اللاوعي قبل أن نستعرض بنية الشخصية . فهو يشمل مجموعة العمليات النفسية التي لا تبلغ مجال الوعي في الحالات الطبيعية ، ولكنها لا تقلل من التأثير في سلوكه . ونحن نتكلم إذن عن مستوى من الحياة النفسية يتميز عن مستوى الوعي حيث الظواهر والخبرات التي نحياها ، كما نتكلم أيضاً عن مستوى وسطي بين الوعي واللاوعي هو ما قبل الوعي .

وهكذا ، يكون للجهاز النفسي ، ضمن الاتجاه الذي اعتمدناه ، ثلاث طبقات . ولا يمكن تصور هذه الطبقات على أنها أشبه بأعضاء متمايزة بل هي قوى ضمن نفسية (intrapsychiques) يتحدد بعضها بالنسبة إلى البعض الآخر . ونحن نتعرف إليها بالاستناد إلى وظائفها المختلفة .

فالـ id (وبالفرنسية le ça) يتناسب والغرائز هو المستوى الأقل تمايزاً ، وهو لا واع . إنها الغرائز تنزع بطبيعتها البيولوجية نحو الإرتواء المباشر دون أن تأبه بالواقع .

والأنا ego (وبالفرنسية le moi) يشكل جهاز مراقبة الحياة النفسية . هو مركز العمليات المركبة والمنسقة للشخصية . فبرأسه تبنى ميكانيزمات الدفاع التي ستكلم عنها فيما بعد . أما وظيفة الأنا الأساسية فهي ضبط الواقع وهو يؤدي حين يتلام مع الحاجات الصادرة عن المحر ويأخذ بعين الاعتبار طبقة أخرى هي الأنا الأعلى .

أما الأنا الأعلى فيظهر خلال حل عقدة أوديب . وهو المستوى الذي يتأخر أكثر من سابقه في الطهور . فالحر يكون موجوداً منذ نقطة الإنطلاق بينما بشأ الأنا تدريجياً خلال المراتب الأولى لتكوين الشخصية . ويساهم ميكانزم «الإقتداء» (idenification) في تكوين الأنا الأعلى الذي يجابه لغرائز ويلعب دور الرقابة .

وبالمختصر نقول أن هناك مدين يوجهان الإقتصاد النفسي . سدا  
اللدة الذي يريد أن تنزع الحاجات إلى الإرتواء ، ومبدأ الواقع الذي  
يفرض أخذ ما يوجد فعلياً في العالم بعين الإعتبار . والنفسية اللاوعية  
تكون من النوع الأول بينما تكون النفسية الواعية ، المعبر عنها بالآنا والآنا  
الأعلى أيضاً ، من النوع الثاني . ويمكننا ضمن هذا الإطار أن نتصور قيام  
توازن قوي بين الطبقات المختلفة .

يبقى علينا أن تشرك ميكانيكياً أساسياً هو الكبت . ويتعلق عمل  
الكبت بالأفكار والمشاعر التي تبدو ، لدى بروزها في صميم الحياة  
النفسية ، غير مقبولة من الشخصية وعلى الأخص من الآنا ، فيعمل هذا  
الأخير على زجها في اللاوعي . نقول إذن إن الكبت يؤدي وظيفة حماية  
وساهم أيضاً في تكوين المسترى اللاوعي .

### 3 - الصراع

يمثل الصراع ، في مفهومه الأكثر بساطة ، نزاعاً بين قوى متناقضة .  
وسهل علينا أن نخلق عناصر وضعية تولد الصراع بلجوثنا إلى  
(التجريب . فيكفينا مثلاً ، استعمال أجهزة خاصة لكي نحدث عند الحر  
الماً في وقت يشتهي فيه هذا الحيوان الأكل . ويتوصل الحيوان من جراء  
ازدياد المثير المؤلم ازدياداً تدريجياً إلى نقطة يصبح فيها جسمه مهتماً بحاجتين  
متعاديتين تقريباً من حيث الحدة وهما الجوع والحاجة إلى تجنب الألم .

والنوع الذي يهمنا من أنواع الصراع هو الصراع الضمني نفسي وهو  
يدور بين الحر والآنا ، وأحياناً كثيرة بالإشتراك مع الآنا الأعلى ؛ ويظهر  
عندما يدرك الآنا الحاجات الغريزية التابعة للهو على أنها غاظر . ويشعر  
الآنا بأنه مهدد بكلية من قبل نزاعات غير مقبولة . ولكن لماذا يحدث هذا  
الموقف في وقت وليس في آخر ؟ يبدو أن هناك سببين فلما أن يكون الآنا  
في حالة من المعجز عن المقاومة [بعد تعرضه لهزات متكررة مثلاً] وأما أن  
يكون هناك هيجان قوي غريزية . والميزة في ذلك هي أن أحد حدى



الصراع يكون واعياً بينما يكون الحد الآخر لا واعياً .

عندما تبو الشخصية في حالة كهذه أي في مأزق يظهر القلق وهو بمثابة إشارة الخطر . وتتجلى هذه الظاهرة ، المعروفة جيداً ، بذلك الشعور الخاص وغير لموصوف إلا وهو الجرع [anxiété] كما تتجلى بمجموعة عوارض تورط الجهاز العصبي الذاتي . فيحرك الأنا بعض الميكانيزمات النفسية الهادفة إلى إزالة الشعور المضي الذي أحدثه وجود الصراع . تعمل هذه الميكانيزمات المسماة بميكانيزمات الدفاع [mecanisme de défense] على منع الحاجات المتعارضة مع استمرارية تكامل الأنا من إحداث اضطرابات هائلة . وبإستطاعتنا القول إن إحدى وظائف الأنا هي أيضاً إيجاد توازن معين بين مختلف المركبات النفسية والعالم الخارجي .

لقد سبق أن وصفنا الكبت بوزج هذه الميكانيزمات إلا أنه لا يكفي دائماً أن تستفى في اللاوعي تلك النزعات التي ترفضها الشخصية . فهي (أي تلك النزعات) ، عندما يستحيل عليها الإفصاح عن ذاتها . تتخلق التوترات وتعود فتجلى بطريقة عبر مباشرة من خلال بعض الظواهر كالأفعال المنفوسة (المفوات الكلامية مثلاً) والأحلام ؛ كما أنها قد تتجلى تحت شكل عوارض عصبية تمثل نوعاً من التلازم بين الحاجات الغريزية التابعة للهون من جهة ودفاعات الأنا من جهة ثانية . ويكون هذا الأخير قد أصبح عاجزاً عن مراقبة مقتضيات العالم الخارجي والداخلي بطريقة مجدية . فهو إذا صبح القول يجد نفسه عاجزاً عن اللحاق بالأحداث التي تكون قد تعدته . ويتدخل الأنا الأعلى أيضاً ، يمكننا أن نسب إليه مشاعر الذنب [sentiments de culpabilité] الواعية واللاوعية التي ترافق في معظم الأحيان مبحث الأعراض الطب النفسية .

ولكن هل هذا يعني أن كل العقد تكون عصبية ؟ [névrotiques] في الواقع يمكن أن يحدث تمارض بين نزعات متناقضة دون أن يكون هنالك عصاب . فالأمر كله يكون مرتبطاً بالتوازن السريع العطب والتوائم بين

الطبقات النفسية كما يكون بوسع خاص مرتطاً بقوة الأنا . وإنه لهذا السبب يظهر الصراع العصائى خاصة فى السنوات الأولى من العمر أرى خلال تكون الشخصية . إن الأنا الذى لم يكمل نضجه بعد يكون سريع العطب على الأخص ؛ ويقتضى هدف العلاج التحليل نفسى التوصل إلى حل العصاب الطفولى المسبب للأعراض عند الرجل وحلق علاقات وظفية جديدة بين المركبات النفسية والمحيط .

#### 4 - ميكانيزمات الدفاع

إذا كان ميكانيزمات الدفاع أهمية كبرى فذلك لأنها تشكل أسلوب فى الحياة بقدر ما تشكل طرائق لفهم الواقع وضبطه . وهي تبدر أشبه بتقنيات تكون أشد أو أقل فعالية فى مجابهة العالم الخارجى كما فى مجابهة العالم الداخلى على حد سواء . وهي ، فى هذا المعنى ، تؤثر فى الشخصية تأثيراً عميقاً وتعطى السلوك طابعه المميز ، وحين تتدخل ، وسواء تدخلت منفردة أم ممتعة كما هو الأمر فى معظم الأحيان ، فإنها تحدث لا محالة تغييراً فى الواقع . ويمكننا انطلاقاً من هذا المقياس أن نصفها فى ثلاث فئات هي ميكانيزمات النفي وميكانيزمات الإستعاضة .

نبدأ بالنفي السيط [negation simple] وهو أقل ميكانيزمات الفئة الأولى تعقيداً . فالحدث القادر على خلق المتاعب يجد نفسه منسياً نسياناً تاماً من حيث لا يدري به الشخص . والكبت الذى سبق لنا أن تحدثنا عنه يدخل ضمن هذا الإطار . ويجب ألا نخرج بين الكبت [refoulement] والحذف [suppression] ، فنحن هنا أمام ميكانيزم يفرض موقفاً واعياً .

أما التبرير [rationalisation] فيمثل محاولة لتجنب الصراع باختلاق طريقة تفسير ؛ هو نوع من الحيلة النفسية ، أما فيما يتعلق بالإسقاط فهو تقنية نعتمدها فى الصاق نواحي النقص بنا بالآخرين ؛ أنه نوع من التحرر من الشعور بالدنب بتركيز الدنب خارج الشخصية المعنية . ويتج عن هذا اميكانيزم التبرار فى الواقع الخارجى يكون أكبر من

التبرير ونحن نلاحظه في بعض العوارض الطب نفسية الجسيمة .

وهناك تقنية أخرى تقوم على اعتماد مواقف وسلوك تتناقض مع ما نحسه في اللاوعي . وهكذا والعذوبة المفرطة لدى فرد من الأفراد قد تخفيء عدوانية هائلة . وتصيح هذه العدوانية ، إذا ما تعرّف إليها صاحبها ، قادرة على توليد لقليل والشعور بالذنب الأمر الذي يستدعي تدخّل هذا الميكانيزم . ونقول أنه عندما تتبع هذه التقنية بطريقة مألوفة فتشكل سمة من سمات الشخصية ، نتكلم عن التكوين العكسي [Formation Réactionnelle] .

أما ميكانيزمات الحرب فهي تشمل مجمل الطرائق التي نستخدمها في سبيل الفرار بعيداً عن الوضعية القادرة على توليد القلق . ونستطيع الفرار بلحوننا إلى التخلّص ، بلحوننا إلى الانسحاب . تلك هي حال الأطفال التعساء في المدرسة أو غير القادرين على التكيف إذ يلجأون إلى أحلام اليقظة . وهذا ما نتوصل إليه عندما نسرف في الاستغراق بشايطات أخرى ؛ فالبحث المفرط عن الملدات والموقف القريب من التصلّب فيما يتعلق بالعمل ، والإدمان المفرط على الكحول تشكل أمثلة على ذلك .

والنكوص [régression] هو الميكانيزم الأنموذج لهذه الفئة وهو يقوم على العودة إلى مرحلة سابقة من مراحل نمو الشخصية . وغالباً ما نصادف هذا الميكانيزم عند الولد الذي يعود إلى تصرف طفولي عندما يفاجه والداه . أما الموقف التقليدي الذي يسبّب هذا التصرف فيكون ناتجاً عن ولادة أخ جديد في العائلة . فهذه الولادة تسبّب صراعاً نفسياً عند الطفل البكر . ويظهر النكوص عند الراشد أيضاً ، في بعض الظروف ، ولكنه كثيراً ما يكون ذا قيمة مرضية وهو يلعب دوراً في انفصام الشخصية

ونذكر أخيراً ميكانيزمين آخرين هما التجسيد [Somatisation] والرجع التحويلي [Conversion] وكلاهما يسبّب عوارض مبدئية تعبر ، على الصعيد

الجلدي ، عن التراجع امام الصراع . وهكذا نرى أن المرض يُستخدم كملجأ ، كما يتخذ المعارض معنى انفعالياً . وشكل مسطّ نقول أن العملية تتم في حال التجسيد بواسطة الجهاز العصبي المستقلّ بينما هي تتم في حال الرجوع التحويلي بواسطة الجهاز العصبي المركزي والطرفي . ولهذا السبب نصادف في الواحد عوارض تسمى وظيفية (كالحفقات والإخلاج) وفي الآخر عوارض تتعلق بالحساسية أو بالجهاز الحركي (كالشلل مثلاً) . إن ميكانيزم التجسيد هو في أساس الطب النفسي جسدي ، وأن ميكانيزم الرجوع التحويلي يُصادف في الاستجابات المستبيرة .

أما في ميكانيزمات الإستعاضة فيكون الصراع مراقباً مراقبة غير مباشرة . فهو ليس منفياً كما أنه ليس بموضوع تهرب . كما هو الحال في الفتنين الأولين بل أنه مقبول . وهذا ما يتم في ميكانيزم الإزاحة [déplacement] عندما يعود أحد العمال مثلاً إلى منزله وبخاصم زوجته ، فهو يفعل [ليها] عدوايته التي لم يستطع نصرِفها ضد ربّ عمله مباشرة . وغالباً ما يكون هذا الميكانيزم في منشأ التعصب والآراء المتحارة كما يصادف في أعصّة وساوس التكرار .

ونذكر تقنية أخرى نصادفها بكثرة وهي تقنية التعريض [Compensation] فالإشباع التي يتعدّر الحصول عليها في أحد قطاعات النشاط تصحح ممكنة في قطاع آخر . وهذا ما يحدث للطفل المصاب بعاهة حسديه عندما يعمل لكي يصبح تلميذاً صالحاً وبرز في الناحية الذهنية

أما الإعلاء [Sublimation] وهو ميكانيزم مشابه ، فيدعب دوراً إيجابياً في حل الصراع ؛ وهو في منشأ عدد لا يُستهان به من النشاطات المشروعة . فواسطته تتجه العرائز نحو أهداف مقبولة . وسجد أعضا أمام ما هو أكثر من استعاضة بسيطة كما هو الحال في التعويض بالإعلاء نرى الشخص ينتازل عن غمادج من الهبات وذلك في سبيل الحصول على ارتياح يكون أكثر تكيفاً على الصعيد الاجتماعي . العدوارة تستطيع أن

تؤدي إلى أسوأ الإنحرافات لكنها ، في حال مراقبتها وتوجيهها وتحريكها ، تصبح خلقة .

إن هذه الميكانيزمات جميعاً تتركز على حدود السوي والمعتل فبعضها يكون مرضياً ، بشكل ملحوظ ، إلا أن معظمها لا يتخذ هذه الصفة إلا في بعض الظروف . فعندما يتكرر استعمالها بطريقة مسرفة ومهيمنة ، وعندما تكون مصحوبة بتحريف للمواقع الخارجي أو عندما تبليبل بشكل جذري العلاقة بالآخرين ، تصبح غير شافية . ويجب ألا يغفل عن البال أن وظيفة هذه الميكانيزمات هي حماية الأنا ضد النزعات غير المقبولة ؛ بيد أنها لا تؤمن أبداً الحماية التامة . وهذه الحماية تكون باهظة بالنسبة للشخصية بمعنى أن عطلها الأفضل يوشك أن ينضال من جراء ذلك .

### ظروف الصحة النفسية

ما هي العوامل التي تؤمن للصحة العقلية وتساعد على ظهورها ويقاؤها ؟ لو كان بإمكاننا أن نحجب عن هذا السؤال إجابة ملائمة لكننا خطونا خطوة كبيرة نحو إدراك هذا المفهوم ول سوء الحظ أن تلك الشروط لم تتضح بعد اتضاحاً كافياً ، ولا يمكننا أن نكوّن فكرة عنها إلا بطريقة غير مباشرة .

ولئن تعددت الدراسات التي تناول دور المحيط في توليد الإضطرابات العقلية فليس هنالك من دراسات تناول العوامل المسؤولة عن الصحة النفسية أجيدة . وهنا أيضاً نرى أن الإنعطاف بواسطة الأمراض العقلية يفرض نفسه . تلك هي دون شك بقايا تاريخية من فلسفتنا في المرض والصحة . وسحاول ، ضمن هذا الإنعجاء ، أن نتمسك بدراسة المحيط من نواحيه الطبيعية والاجتماعية الأمر الذي سيفودنا إلى الإهتمام بالعائلة وعملية التأهل وبالآزمات الحياتية .

#### 1 - المحيط

انه لمن الخطأ أن ندرس المحيط على أنه واقع منفصل عن الشخص الغائص فيه . فالإنسان ليس غريباً عما يحيط به وهو لا يتلقى الأحداث بل يشترك فيها ؛ وبكلمة أخرى نقول إن العلاقات التي يبنها مع بيئته الطبيعية لا تتم تبعاً لنمط مسببة مباشرة . هي تقوم على تفاعلات مستديمة

وتبادلات ثابتة . وهذه التبادلات ليست آلية كما انها ليست جامدة مقولة ولا يمكن ارجاعها إلى قواعد ذات نسق مطلق . انها تورط الشخص بكيئته ، وتفرض عليه ، كما تفرض على شخصيته الخاصة ، الالتزام .

فالموقف أياً كان ، يبقى دون معنى حتى يُعاش . ونتيجة لذلك نقول إن الحدث يكون غير متلون ولكنه يأخذ معناه بالنسبة لشخص فرد بقدر ما يلاقي من صدى أو بقدر ما يخطر في التاريخ الشخصي . وهكذا يظهر المحيط أنه شبكة واسعة من التأثيرات المتفاعلة بعضاً مع بعض .

فيما هو التأثير المتبادل لكل من المحيط والوراثة بالاصافة إلى البنية أيضاً ؟ انه لمسألة واسعة جداً ، وهذا ما يجعلنا عاجزين عن التوسع بها بما يتعدى التلميح . في الواقع إن هذه المسألة تدخلنا في صميم جدال قسم العالم الطب نفسي خلال أجيال ، ولا زلنا لغاية اليوم نجد اثره في الفكر المعاصر . ان الأمر يتعلق بمنشأ الأمراض العقلية التي كان يعتبرها العضويون [organicistes] ذات طبيعة جسدية بينما يعتبرها علماء النفس التكويني ذات طبيعة سيكولوجية .

ويمكننا ، نعا للمواقف الأساسية المتخذة ، ان نختار من بين الأعمال المتعددة والمخصصة لهذا السؤال ، تلك التي تبدو مؤيدة لقضية أكثر من الأخرى . وما من شك في أن التقدم الذي أحرزه علم الوراثة قد اثبت أهمية العوامل التكوينية . وان انطلاقة الأبحاث الاجتماعية في تطيفها على علم النفس قد بيست من جهة أخرى ، وبشكل واضح ، التأثيرات الاجتماعية الثقافية . وهكذا فإن مرضاً كالعصام (Schizophrenie) قد يتميز في بعض اشكاله الاكلينيكية بمبحث تكويني ليكانيزمات الأسلب المعروضة ، أما في اشكاله الأخرى فببدو تفوق العوامل النفسية وتدخل المحيط عبر فائلين للنقاش .

ونساءل هل هناك أية فائدة ترجى حمافاً من محاولتنا العصل بدقة بين هاتين العتتين من العوامل ؟ يمكننا أن نشك بذلك ، خاصة وأنا وصعنا

أنفسنا صمم اتجاه رحر عندما رفضنا القبول بثباتية ينتج عنها فصل  
النفس عن الجسد . هذا وان هذا الموقف الشائع اليوم لا يُرَدُّ إلى حل  
يكون أمرون الحنول ولكنه يطابق مفهوماً هالياً للظاهرة الإنسانية .  
وهكذا يكون للمرض العقلي أسباب جسدية ونفسية وثقافية في أن معاً  
دون أن يكون هنالك مجال لتحديد نسبة كل منها تحديداً ثابتاً . وعلى  
العكس يمكننا الاعتقاد أن الصحة العقلية ترتبط بهذه العوامل جميعاً  
وهذا لا يعني أن قياس أهميتها النسبية غير مهم بل انه من المفيد جداً أن  
نعرف النقطة التي سمارس عليها الوقاية . ومن المؤكد أن الأبحاث في  
هذا الميدان تفرض نفسها لكنها يجب ألا تكون تابعة عن مفاهيم مذهبية  
قد تحجفها .

من الأوفق أن مفصل بين البيئة الطبيعية والبيئة الإنسانية رغم ما يحويه  
هذا الفصل من التكلف . وتردّ . البيئة الطبيعية إلى العالم المادي حيث  
نحيا . أما البيئة الإنسانية فهي التي تكون مسؤولة إلى حد بعيد عن نمونا  
العاطفي بفضل العلاقات التي تتوالد ما بين الأشخاص ؛ كما انها ذات  
نواح اجتماعية مشتركة مع معظم المجتمعات ونواح ثقافية تكون أكثر  
«تمايزاً» . أما تأثير عوامل البيئة الطبيعية فلا يتم إلا بطريقة غير مباشرة ؛  
ويكون ملائماً أو غير ملائم بقدر ما يورث البنى الاجتماعية ويقدر ما يورث  
الفرد من خلال هذه البنى . ولا يمكننا ان نكرر دور العوامل المادية ؛  
ويبدو بوضوح أن الصحة العقلية تتوفر بالعناية الصحية والتغذية الملائمة  
والمسكن المريح . ونستخلص من ذلك ان الفقر المدقع لا يشكل ظرفاً  
مثالياً مناسباً . وكما ان نموا البنية يصلح أو يسوء تبعاً لنوعية التربية كذلك  
فإن الشخصية تتفتح بشكل سليم أو رديء تبعاً للبيئات . وهكذا فإن  
الصحة الجسدية الجيدة تكون بالتأكيد عاملاً مساعداً لكن العكس غير  
صحيح .

على المحيط الجيد ان يوفر إمكانيات حكيمة للتربية واللهو وعليه في  
نفس الوقت أن يسهل قيام علاقات بين الأشخاص . وقد اثبتت



التجارب الحديثة أن الانعزال التام عن المثيرات الحسية يؤدي إلى ظاهرات نفسية لا تلت أن تصح مرضية . هذا ويصعب علينا أن نحصل دائماً على تقييم دقيق لأهمية العوامل الاجتماعية . وأن أي حدث ، يكون قادراً على أداء دور معين وذلك تبعاً للطريقة التي يعيشه بها الفرد أو الجماعة ، وتبعاً لدرجة الاضطراب التي يدخلها في الدينامية الاجتماعية . تلك هي حال الحروب والثورات والأزمات الاقتصادية والخلافات الاجتماعية والكوارث على أنواعها . ويجب أن نذكر أيضاً أهمية التفورات السريعة والاضطرابات النفسية التي تميز عصرنا ؛ كما يجدر بنا أن نقول في هذا الصدد أن الصحة هي مفهوم فردي لا اجتماعي .

## 2 - العائلة

البيئة الإنسانية هي أولاً وقبل كل شيء العائلة . ففي صميمها تُنسج العلاقات الانفعالية الأساسية . وبواسطتها تتشكل الشخصية خلال السنوات الأولى من الحياة وبفضلها ينشط الطفل نحو النضج . انها هي التي تؤمن الاستمرار بين جيل وآخر ، كما أن التقاليد والنظم والقيم تستند بواسطتها . العائلة إذن تؤدي وظيفة مضاعفة وظيفية إعداد ووظيفة نقل .

أن الجماعة العائلية تكون أشبه بقالب يتفاعل فيه الأعضاء بعضاً مع بعض ؛ فتتشأ علاقات متبادلة بين أب ، وأم وأولاد . وتتغير هذه العلاقات باستمرار . وهكذا يتولد توازن ديناميكي يجد فيه ، مبدئياً ، كل فرد حصته . ان كل العوامل المسؤولة عن نمو الشخصية تدور هنا في هذه الحلقة .

أهم هذه العوامل كما رأينا هو ميكانيزم الاقتداء . أنه حقاً تحرك عملية النصح ولكن على الولد أن يجد في بيته نماذج مرضية وجواً مؤثراً ويميل البعض عادة إلى التشديد خاصة على دور الأم مع تقييم دور الأب .

ورغم ذلك يكون لهذا الأخير أهمية كبيرة وأن كانت وظيفته مغايرة ويتدخل الأطفال القانون في معادلات القوى والأمر الذي يجب ألا يغفل عن البال هو أن العائلة لا تتكوّن من وحدات تضاف بعضها إلى بعض بل أنها واقع متحرك ذو صيرورة مستديمة .

للطفل حاجات ، وانطلاقاً من حاجاته يمكننا ان نحدد مسؤولية الأهل لتحديد أصح . وأن هذه الحاجات تكون أولاً جسمية ؛ فالمر انفسى الحركي لا يفصل عن بضج الجهاز العصبي . ومن الضروري أن نأخذ ذلك بعين الاعتبار خلال ممارستنا للتدريب والتربية فالعظام والمشي والتحكم بالألياف العضوية يجب أن تتم جميعها في الوقت المناسب أي دون إفراط في التكبر أو التأخير وتكون البيئة غير الملائمة خطيرة بنوع اخصّ خلال فترة النماء .

أما لحاجات العاطفية فتتبع في تطورها خطأ موازياً وهي تختصر بكلمتين نشملان كل مواقف الأهل انها الحب والطمأنينة . كما انها تفرض وجود علاقات حميمة بين الأهل انها الحب والطمأنينة . كما انها ما يبدو ، إلا البيئة العائلية وحدها . فالأم خاصة ، تضطلع في السنوات اولى بمسؤوليات بلغة الأثر وذلك بحكم وظائفها البيولوجية وبحكم دورها الاجتماعي كمرصع . وان أحد العناصر الأساسية للعلاقة بين الأم والطفل هو الاستمرار إذ ليس من الضروري ان نغنى الأم بطفلها وحسب بل ان تغنى به بطريقة منظمة ومتواصلة ؛ كما يجب عليها ان تجد في ذلك مكافآت تساعد على متابعة أداء دورها بطريقة تولد لديها الرضى والارتياح .

منذ عدة سنوات قام الطبيب العقلي الانكليزي ج . بوليبي [J Bowlby] بدراسة وصفية لمجموعة من العوارض . وكانت هذه الدراسة مؤهلة لأن تحظى بشهرة واسعة اما تلك العوارض فقد كانت عوارض النقص في عناية الأم . وقد بين بوليبي انه ، عندما يكون الطفل

مفصولاً عن أمه لفترات طويلة ، أو عندما تكون هذه الأخيرة عاجزة عن ان تحببته بالعطف الضروري ، فإن اضطرابات اشد أو أقل خطورة تحدث على مستوى الصحة العقلية وحتى على مستوى الصحة الجسدية .

وكانت بعض الملاحظات قد أكدت صحة هذه الظاهرة ، كما لوحظ منذ زمن طويل ان الأطفال في دور الحضانه والميتم ينمون بصورة غير سليمة نسبياً ويمكن فضل بولبي وقد كانت أعماله موضع انتقادات متعددة ، في انه نظم المسألة واسترعى الانتباه الى التفاعلات المتبادلة بين أم وطفل .

وتكون هذه التفاعلات المتبادلة على عدة محاط أخرى ؛ وأن مواقف الأهل لا تفصل عن شخصيتهم الخاصة كما لا تفصل أيضاً عن حبراتهم السابقة . وستتناول بعدة كلمات نوعي الاستجابات اللذين يصادفان بوفرة ويكونان قابلين لأن يصححا مولدين للأمراض انها الحماية المفرطة [Surprotection] والرفض [rejet] . ويصح الكلام عن الحماية المفرطة عندما يكون الطفل موضع إظهار حب مفرط يمنه كلياً عن مجابهة الحياة . ويصح الكلام عن الرفض عندما لا تبني الأم طفلها بشكل صحيح أو عندما لا تتباه إطلاقاً . وهذان الموقفان هما أيضاً متقاربان ؛ فالحماية المفرطة تخفي أحياناً رفضاً لاواعياً يحولّه الشعور بالذنب إلى نقيضه وذلك تبعاً للميكانيزم الذي تكلمنا عنه ؛ كما يمكنها أيضاً ان تتناسب مع «إزاحة عاطفة» [déplacement d'affection] مثلاً عند امرأة تعاني الحرمان [frustration] في حياتها الزوجية . ومن الواضح اذن أن مواقف الأهل الصحيحة تفرض لديهم مستوى كافياً من النصج .

تعى العائلة بالرغم من التواءاتها الوحلة الأساسية . ونستنتج ان كل ما يبلبل يستها قد يكون له انعكاسات على تكون الشخصية . وقد تكون الجماعة العائلية معنومة الفعالية بسبب فقر مدقع أو عجز متاصل عند أحد الشر يكون أو قصور عقلي أو نفسي مثلاً . ويمكنها ان تتفكك أيضاً اثر

وفاة أو أثر افتراق يسري (استشفاء أو حرب) أو أثر افتراق إرادي أو طلاق .

لقد بقيت البنية العائلية ثابتة نسبياً طوال أجيال ولم تتطور إلا قليلاً . لكن تبدلات العالم المعاصر السريعة أدت إلى اضطرابات راحت تبرز متضحة أمكثراً فأكثر . إننا نعيش في عصر تحول البنى الاجتماعية . فقد شمل التحول كل المؤسسات بما فيها العائلة كما كنا نعرفها . وهذا عامل آخر يجب ان نأخذ به عين الاعتبار وأن لم يكن باستطاعتنا ان نقيس نتائجه كلها .

تكلمت لغاية الآن عن العائلة كما لو كان لها نموذجاً واحداً ، فهناك ، إلى جنب العائلة المقتصرة على الأهل والأطفال والمساءة بالعائلة الزوجية ، [Famille Conjugale] عائلة ذات نمط أبوي [Patriarcal] وهي تتألف من عدة أجيال تتحد في مركب واحد من العلاقات الإنسانية . وكان من التقليدي القول أن العائلة الزوجية كانت في البلدان الغربية وخاصة في البيئات المتحضرة بينما كانت العائلة الأبوية من حصة العالم الشرقي . أن هذا التمييز وقد كان يصح حتى زمن قريب ربما ، بدأ يفقد صحته تدريجياً . ويبدو ان تطور البنية العائلية يساير انطلاقة التصنيع الذي يواكب التغيرات الاجتماعية . ثم ان العائلة الأبوية تتبدل بشكل هائل حتى تتحول في كثير من الأحيان إلى عائلة زوجية . وبهذا يكون قد بررنا اختيارنا إذن .

### 3 - التأهل

على الرغم من دورها الرئيسي فإن العائلة لا تنفرد بالتدخل في تكوين الشخصية ذلك لأنها لا تكون منعزلة بل انها تمتد في المجتمع . وهكذا يضاف إلى الجماعة الأساسية جماعات متعددة أخرى تترايد أكثر فأكثر . والحق يقال ان المجتمع يتكون من جماعات ذات أحجام متنوعة تتلاحم بعضها مع بعض ضمن شبكة واسعة من العلاقات المتبادلة .

العلاقات التي تنشأ ما بين أفراد العائلة بالغة الأهمية ؛ لكن يجب ألا نهمّل تأثير العلاقات مع الغير كما تظهر خارج إطار العائلة . ونعلم بالتالي ان الشخصية تبقى طوال الحياة خاضعة للتغير وانها بعد المراهنة لا تثبت بصورة نهائية . . ومن المدهش القول إنه لا يطرأ عليها الكثير من التعديلات وذلك لأنها تشكل مع المحيط توازناً ديناميكياً . وبالتالي غير مستقر نسبياً .

تساعدنا هذه الملاحظات على أن نذكر عملية التأهل ونحددها تحديداً أفضل . وأن هذه العملية تبدأ في العائلة وتستمر بفضل العلاقات التي تنشأ في المجتمع . وقد رأينا كيف أن التقمص يشكل إحدى المراحل الأساسية من تاريخ الفرد النفس - جنسي . إن هذا الميكانيزم عينة يلعب دوراً في تعلم الحياة . وتظهر عدة ميكانيزمات تقمص تكون معقدة أكثر فأكثر .

فكما أن الطفل يتقمص شخصية والديه أولاً كذلك هو يختار له نماذج من المحيط . ومن خلال تلك النماذج يدمج الطفل في شخصيته الخاصة نظم المجتمع وقيمه . وتحتل هذه النماذج أشخاصاً ذوي أهمية بالغة بالنسبة إليه . ويكون لنوعية هؤلاء الأشخاص ، كما يكون لقوة التقمص ، تأثيراً لا يستهان به على تكامل الشخصية وعلى الصحة العقلية . ونخلص إلى القول : أن التقمص ليس ذا وظيفة واحدة هي التوصل إلى تكوين الأنا والانا الأعلى وحسب ، بل أنه يحدّد نماذج سلوك تكون أساليب لفهم الواقع وصيغ . وبهذا المعنى يشكل ميكانيزم التقمص أحد أسس البنية الإحتجاجية .

هنالك مفهومان مأخوذان عن علم النفس المعاصر يساعداننا على تعميق معرفتنا حول عملية التأهل . وهذان المفهومان هما مفهوم الأنا المثالي (Moi idéal) ومفهوم الدور [rôle] . أما الأنا المثالي فهو الأنا المثالي . انه إسقاط [projection] أعدّ انطلاقاً من صفات النماذج التي يعجب بها الفرد . والأنا المثالي ذو صلة بحاجات الفرد الواعية كما أنه أيضاً وعلى

الأخص ذو صلة بحاجاته اللاواعية . ويتبع ذلك أن الأنا المثالي يكون وثيق الصلة بميكانيزم التكمص . هو يمثل من هذا الميكانيزم وعي الشخص له . هذا وأن الأنا المثالي يشكل عاملاً إيجابياً في عملية التعلم . إنه واحد من العناصر التي تساعد الطفل على اكتساب السلوك الاجتماعي . وعلى تبيي المواقف التي تتفق مع بيئته وثقافته . لكنه يوشك أن يكون مبعث توتر وعدم ارتياح بمعنى أن منشأ الكثير من أنواع الصراع هو ذلك الفرق الشاسع بين الإمكانيات الفعلية من جهة والرغبات أو الأمناني التي يجسدها الأنا المثالي .

أما مفهوم الدور فيهم بالنسبة إلى الجماعات نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تخضع لانتظام سبي قد يجعلنا قادرين ، إلى حد ما ، على التنبؤ بالتصرفات الاجتماعية . فهي تتناسب مع بعض نماذج تنبئها التقاليد والعادات . وللدور باديء ذي بدء وظيفة فردية . وليست الحياة سوى تتابع أدوار يضطلع بها الفرد: بشكل متتابع أو في آن معاً هذا ، وللدور وظيفة اجتماعية بمعنى أنه يضيف على العلاقات بين الأشخاص صفة الثبات . فنحن نتظر مثلاً من هذا الطبيب أن يتصرف حسب هذه الطريقة أو تلك وذلك انطلاقاً من هذا المعيار أو ذاك أنه دور مهني . وتعدد الأدوار لتغطي مختلف نشاطات المجتمع .

ولكي يُعاش الدور بطريقة فعالة يجب أن يكون متصلاً بحاجات الفرد العميقة . يجب أن يتناسب مع مجموعة نفسية معينة أي مع مجموعة من الصفات والمواهب التي تربطه بالواقع . ونظراً لأنه يتوجب على كل فرد منا أن يضطلع بعدة أدوار ، يجب أن يكون هناك اتفاق وتوازن بين مختلف أساليب الحياة . ولكن لسوء الحظ أن تلك الشروط لا تتوفر دائماً وتكون مبعثاً للصراع . فعند هذه الأم التي لم تنضج النضج الكافي الذي يخولها من تقبل ولادة طفلها ، ينشأ صراع بين الدور الذي ترى نفسها مدعوة لأدائه من جهة وشخصيتها الخاصة من جهة ثانية . وعند ذلك الأب الذي يحمل عاتقه بسبب عمله ، ينشأ صراع لكنه هذه المرة صراع

بين دورين الأول طبعي والثاني مهني ونقول أنه بقدر ما تفرض الجماعة من أدوار ، تُتطلب من الأشخاص المزيد من جهود التكيف . وهذا ما ينطبق خاصة على المجتمعات ذات المستوى العالي من التصنيع والتي تتميز ببني معقدة .

يبقى أن نقول عدة كلمات حول مدلول نظم القيم . فالطفل عندما يتقمص أحد الأشخاص يكون أكثر من مقلد . أنه يتبنى المعتقدات والموجبات الأخلاقية والمواقف الثقافية وتعصب أو تعصبات نماذجه . ونحن نعلم أن الأنا الأعلى يتكون بهذه الطريقة كما أن القيم الخاصة بالجماعة تتناقل على هذا النحو أيضاً . ولا يكون هذا التناقل محصوراً في الزمن . أنه يتعدى الإطار العائلي لكي يسمر في المدرسة ويدوم طوال العمر . وليس للتربية أي هدف آخر غير تناقل بعض النظم الأخلاقية والثقافية من حين إلى آخر والتي يتسامى مدلولها بالنسبة إلى مجتمع معين . وأنه بفضل تلك النظم يجد المجتمع وحدته ويتوافر فيه الإتياع .

#### 4 - الأزمات الحياتية

يمكننا أن نتصور الحياة على أنها سلسلة مراحل متتابعة تختلف فيها بينها . ويرافق هذه المراحل أطوار يصعب تغييرها وتسم باضطرابات تظهر على المستويين البيولوجي والعاطفي . وتكلم بعض البحاثة عن «أزمات نمو» . أو ليست كل هذه ظاهرات تنخرط ضمن تاريخ الفرد ؟ وقد أخذ العلماء يركزون انتباههم ، منذ سنوات ، على فترات أخرى معينة تتميز باضطرابات مشابهة تؤدي أيضاً إلى تعديلات في النمسة . وتكون هذه الفترات وليدة أحداث معينة هي أشبه بتهديدات للشخصية . وهكذا نحى نتكلم عن أزمات طارئة لا يعفى أحد من العبور في الكثير منها خلال حياته

وتشكل أزمات النمو جزءاً مكتملاً لتكوّن الشخصية وتطورها اللاحق . ويكون اللوغ قبل أي شيء آخر هو الذي يؤمن استمرار

مراحل العمر النفسي الجنسي الأولى وهو الذي يمتزج مع أوائل المراهقة . هذا ويرافق البلوغ على الصعيد الفيزيولوجي ظهور النضج الجنسي وعلى الصعيد الإنفعالي تكون هذه الفترة فترة عدم استقرار تكون فيها القيم التي تلقاها المراهق موضوعاً على الملك . ونجد امتداداً لازمة البلوغ في أزمة أخرى تؤمن الانتقال من عمر الرجولة إلى بداية الشيخوخة : إذ يحدث عند المرأة الأياس أو القعود فنرى أن كل التغيرات البيولوجية التي تشير إلى نهاية فترة التناسل تنخرط ضمن إطار انفعالي مهم أحياناً . أما عند الرجل فنسلكم عن السن الحرجة وهي ذات مظاهر أكثر تخفياً .

وأما الأزمات الطارئة فهي تحدث في أي وقت من العمر حتى أن الولد الصغير لا ينجو منها . فولادة أخ أو أخت مثلاً تخلق صراعاً يظهر على نحو أو آخر . وهناك لما تم والمصائب والمرض والهجر والزواج والأمومة والأبوة ومسؤوليات العمل وتقلب العلاقات ما بين الأشخاص . والحمل ، والإحالة على التقاعد وكلها تشكل أمثلة على ذلك . هذا وعلى الشخصية أن تتكيف كلما بررت أمامها وصعوبة جديدة . والطريقة التي تتم بها عملية التكيف هي التي تحدّد ظهور الأزمة أو عدم ظهورها .

ويكون تطور الأزمة مرتبطاً باستجابات الشخص وقدرته على الصمود . وحين يبلبل مثبّر معين التوازن النفسي القائم بين القوى الإنفعالية ، تتدخل سلسلة من العمليات لكي تعيد إقامة هذا التوازن . ويكون بعض هذه العمليات واعياً بتجربته . وأن هذه العمليات الواعية تساعد في الحالات الملائمة عن حل المشكلة المطروحة وهذا يعني التلاؤم معها بطريقة أو بأخرى . أما البعض الآخر من هذه العمليات فيكون ، إلى حد ما ، لا واعياً تبعاً للمعرفة التي يتمتع بها الشخص عن ذاته . وقد تعرفنا إلى هذه العمليات وهي ميكانيزمات الدفاع .

ويحدث أحياناً أن يستحيل الرجوع إلى حالة توازن القوى الإنفعالية . فعندما تقهر مقاومة الشخص بظهور الجزع في موكب من العوارض ، وتأخذ لعقبة المثيرة تلون كل شيء بلونها الخاص . وبطريقة مبسطة نقول



أن تطور الأزمة يتم على الشكل التالي . أن المشكلة لا تبرز إلا بعد ظهور نسبة معينة من التوتر . ويكون لهذا التوتر أثر فعال في تحريك الدفاعات . فإذا ما تبين أن هذه الدفاعات غير كافية فإن التوتر يزداد تدريجياً . عندها يبدأ الشخص بإظهار بعض دلائل الإنزعاج . أما العوارض فتحدث في درجة أقصى من الدرجة السابقة .

إن الأزمات لا تتضمن سوى عواقب سلبية ، ويصح القول عنها أنها توشك أن تولد استجابات ذات طرار طب نفسي وأن تزيد من قابلية تأثر الشخص بهجمات جديدة . وهي ، بهذا المعنى ، تبدو غالباً أشبه بدلائل تستبق الأمراض النفسية ولكن يصح القول أيضاً أنها قادرة على أن تكون حامل نضج لا يستهان به . وقد عرفت الحكمة الشعبية ذلك في قولها : وإن الألم مفيد أحياناً ، فالأزمة ، عندما تُعاش بطريقة معينة ، تصبح قادرة على تقوية الشخصية بإغنائها وتنمية مواردها النفسية .

لنأخذ مثلاً : داء خطير يلم برحل في أوج القوة فالأزمة الناجمة حتماً عن هذا الداء قد تعاش بطريقة مأساوية . وهكذا تضاف إلى الجرع عوارض المرض الخطير . وعلى العكس يمكن أن يتحمل الشخص المرض وأن يتقبله . وهكذا فالمرض يبدو أشبه بتجربة وجودية حقيقية تعيد الشخص إلى ذاته . فالشخص يجد نفسه في حالة من التبعية لمحيطة ، وهذا ما يستدعي مرحلة سابقة من مراحل التطور . وقد يرى الشخص نفسه في أكثر الأحيان مسوقاً إلى أن يبني مع من يحيطون به علاقات مختلفة عن ذي قبل . إنه الآن مجبر على أن يضع شجاعته ومقاومته الأخلاقية على المحك .

إن لمفهوم الأزمة هذا أهمية قصوى على صعيد الصحة النفسية ، فهو يتيح لنا إمكانية مراقبة الوضعيات القابلة لأن تصبح مرصية ، وهو يضمني بعداً جديداً على العمل الوقائي . وسخلص إلى القول أنه إذا كان الميان الذي أتينا على وصفه صحيحاً ، عل الأقل في خطوطه العريضة ، يصبح بإمكاننا مساعدة الفرد في فترة الأزمة . لكن هذا يفترض محاولة

علاجية أو تأثيراً مباشراً على البيئة . وأنه لمن الممكن أن نتدخل قبل أن تظهر الأزمة حتى ، وذلك بتعيين نوعية الوضعيات الخطرة وبالدعوة إلى اتخاذ تدابير وقائية .



لقد قادنا بحثنا باديء ذي بدء إلى أن نقوم باستعراض نقدي للمعايير الأكثر تداولاً في تحديد الصحة النفسية . وقد استطعنا أن نقيس تفصيلهما . ولكي نحدد الموضوع بشكل أصح درسنا تكون الشخصية السوية وحاولنا تحديد العوامل التي يمتثل أن تؤثر على التوازن النفسي . وينتج عن ذلك سلسلة أخرى من المعايير التي تبدو ذات قيمة أهم .

وسنحتفظ من بين هذه المعايير الأخيرة بأربعة يبدو أنها تلخص كل تلك التي اقترحها المؤلفون ويمكن أن نعترف بقيمتها الكبيرة نوعاً ما وهذه المدير هي مواقف الشخص من الأنا ، والإحتكاك بالواقع ، وتكامل الشخصية ، والتكيف مع البيئة . وتجدر بنا الإشارة إلى أن حصة الفرضية تكون هائلة في دراسة من هذا النوع . وفي الواقع أنه منذ وقت قليل نسبياً ، أخذ الباحثون يشعرون بسبكون لرحمة الإنسان السوي . والصعوبات جسيمة على الصعيدين العملي والمنهجي .

## ١ - مواقف الشخص من الأنا

تتفق مواقف الشخص من الأنا مع ما لكل واحد منا من أساليب مختلفة في إدراك ذاته كفرد . وأن لهذا الإدراك الغامض تقريباً لما نحن عليه ، انعكاسات أكيدة على الصحة النفسية . وهو بحكم كونه ذاتياً لا يخضع بشكل دقيق للدراسة العلمية ؛ غير أن التحليل الظواهري

يساعدنا على أن نأخذ فكرة عنه ، ثم إن محاولة كهذه لا تنبت إلا عن المستويات الأكثر سطحية في الشخصية . أما على صعيد الممارسة فإن هذه المستويات هي التي ترشدنا إلى السلوك .

وضمن هذا الاتجاه أجرى الباحثون في جامعة ميشيغان في الولايات المتحدة بحثاً موسعاً مقتبساً عن تقنيات استقصاء الرأي ، فقد سألوا آلافاً عديدة من الأشخاص ، وذلك ضمن شروط محددة تحديداً دقيقاً الأسئلة الثلاثة التالية : أ - للناس فيما بينهم صفات عديدة يتشابهون فيها ، إلا أنه ليس هنالك من شخص يكون مطابقاً تمام المطابقة لشخص آخر . فبأية طريقة تعتقد أنك تختلف عن الآخرين ؟ ب - إذا كان لك ابن (أو ابنة في حال كون الشخص امرأة) فبمَ ترغب أن يكون (أو تكون) مختلفاً (أو مختلفة) عنك (أو عليك) ؟

ج - ما هي أحسن نواحي طبعك ؟

أما هدف السؤال الأول فكان الحصول على لوحة عامة تظهر مشاعر الشخص المعني تجاه ذاته . وكان السؤال الثاني يميل بطريقة غير مباشرة إلى جعل الشخص يبرح بنقاط الضعف التي يراها في نفسه . فقد كان (هذا السؤال) يُسأل بطريقة معينة حتى لا يجبر الشخص على الأدلاء بتصريح قاسٍ . فعلى تقمص الأب لإبيه والأم لإبنتها أن يساعد على تفادي المقاومات المحتملة . وأخيراً كان السؤال الثالث يتعلق بالعناصر الإيجابية في الشخصية

انطلاقاً من الأجوبة التي حصلوا عليها فقد حصر المؤلفون ست مؤشرات هي : إتراك اختلاف مع الآخرين ، قيمة المشاعر التي تظهر تجاه الأنا ، والبروح بنقاط ضعفه ، ثم منشأ نقاط الضعف هذه ، ونفي النواحي الإيجابية في الطبع مع منفي منشأها . وأما فرصة العمل فقد كانت : أن على هذه المؤشرات أن تنبتنا عن مستوى استبطان الشخص وعن نوعية تقيمه للذاته وقد تناول التحليل الارتباطات الممكنة مع أخذ الجنس والعمر ومستوى الثقافة بعين الاعتبار . ولست هنا بصدد الدخول

في تفاصيل النتائج ، فقد جاءت تؤكد ما كنا نعرفه لغاية الآن ، وأنه بقدر ما يكون الإستبطان مُرضياً نكون المشاعر القائمة تجاه الأنا ذات وجهين . أما فيما يتعلق بمتغيرات العمر والجنس ومستوى الثقافة ، فتكون مطابقة للأدوار الإجتماعية التي تُفرض ، كما تكون متعلقة بالثقافة التي تكتنفها .

وتكمن فائدة هذا الإستقصاء خاصة في أنها تفكك ومواقف الشخص من الأنا وتردها إلى عدد محدد من المؤشرات المعتمدة . وهي تؤكد أيضاً وجود تناقض ظاهر . وفي الواقع أن عدداً من المؤلفين يميل إلى اعتبار العرق الحسنة للذات والتي يرافقها تقييم إيجابي للإمكانات تشكل عاملاً أساسياً للصحة النفسية . إلا أنه يستخلص من النتائج التي تم الوصول إليها ، إن الشخص يحفظ ، في مجال وعيه ، عناصر ملائمة كما يحفظ بعنصر غير ملائمة وذلك بقدر ما يكون إدراكه كاملاً . وفي الواقع أنه لمن الأنسب التحقق بهذا المفهوم ، ويبدو من الممكن ألا يُغفل الشخص نواحي شخصيته السلبية دون أن يصبح التقييم العام من جراء ذلك ، غير ملائم .

إن تقييم الأنا تقييماً صحيحاً رسلياً ، يفترض بالإضافة إلى التطور العاطفي المستفيض روحاً نقدية جيدة . ويحتمل ألا يتوصل إليه سوى النادرين من الناس والسبب واضح في ذلك . إنها بالضبط وظيفة ميكانيزمات الدفاع أن تجعل نواحي الأنا القادرة على توليد الجزع والشعور بالذنب ، مقبولة ، ويتم ذلك باللجوء إلى عملية تمويه حقيقية . ذلك يعني أنه لكي يتم التوصل إلى حقيقة الأنا يصبح من الضروري أن تكشف عن الميكانيزمات المعتمدة وأن نتعدها . ودون ريب ، نقول أن التوصل إلى ذلك لا يتم أبداً بشكل كامل إذ أن هنالك عناصر مأخوذة عن الأنا المثالي تُمزج مع معرفة الأنا الحقيقي .

ولكي يكون هذا الوعي قيمياً يجب أن رُفق ضرورة بتقبل الشخص لرغباته . فمن يكن متعمد بصحة عقلية جيدة يتقبل ذاته كما هو . أنه يعرف إمكاناته ولا يشعر من حواء ذلك بالأسف الشديد كما يأخذ موضعه

بالنسبة إلى العالم الخارجي . ويتبع ذلك أن رغباته تبقى متناسبة مع إمكاناته ، ونظراً لكون هذا الشخص بعيداً عن الصراع مع ذاته فإن سلوكه يصبح مبعث ارتياح وعدم توتر . هذا وأن التقبل لا يعني الانسحاب أمام جهد يجب بذله . إن التقسيم الواقعي لا ينفي التغيرات بل على العكس يُثبتها ولكنه يقيس ثمنها ويسعد الشخص على الالتزام دون روية .

وتقودنا هذه الملاحظات إلى الكلام عن مفهوم مجاور هو الشعور بالهوية (Le sentiment de l'identité) . ونحن جميعاً نعي وحدة شخصيتنا وهذا الوعي هو نوع من النظرة التركيبية للماضي والحاضر والمستقبل حتى . إنه إحساس بالاستمرار يربط الطفل والمراهق الذي كنا بالراشد أو الشيخ الذي صرنا إليه أو منصرف . نحن نتميز عن بقية العالم بهويتنا . إنها إذن صفة خاصة بالفرد تميز به في الحياة العملية .

ويتضمن هذا التعبير ناحية اجتماعية فالهوية توجد دائماً بالنسبة إلى الغير . وإذا كنا نتمايز فحكماً نحن نتمايز عن شخص آخر . هذا ويعني الطفل هويته خلال السنتين أو الثلاث سنوات الأولى من الحياة . فبفضل نشاطاته الحس - حركية هو يكتشف المدى الذي يحيط به ويصل إلى مفهوم جسمه . ومع تطور علاقاته الأولى بما يكتنفه يبدأ يرى ذاته ويحس بوجوده ويتعرف إلى ذاته على أنه كل منفصل عن المحيط . وبعد ذلك نرى هويته الجنينية تتضح وتضفي على شخصيته هذا الشعور الذي يجعلها في آن معاً وحدة ومغايرة .

هذا ويبي لنا علم أمراض الهوية [pathologie de l'identité] أهمية هذه الأخيرة في الإقصاد النفسي . فعندما تفقد هذه الصفة الثمينة ، الثمينة للغاية ، فقداناً مؤقتاً أو مطولاً نجدنا أمام تفكك الشخصية . فالمرضى لا يعودون يشعرون بأنهم هويتهم ولا يعود يجدون أنفسهم أو قل يصبح شخصاً آخر . أنه يفقد ما كان يعطيه أصالته ووحده واستمراره . ونصادف هذا النوع من الإستهجابات في العوارض المستيرية ، مثلاً في حالات فقدان الذاكرة وحالات الحرب ، والشخصيات المتعددة . وفي العصام أيضاً نرى أن

اضطرابات الهوية كثيراً ما ترافق مبحث الأعراض الملحوظة . وعندما يُعاد تكامل المريض مع إطاره الاجتماعي وعندما يكتسب هذا المريض هوية بالنسبة إلى جماعة معينة فإن المرض ، دون أن يشفي ، يتطور بطريقة ملائمة .

هذا ويمكن لاستجابات الضحك أن تفسح المجال أمام ظاهرة زوال الشخصية وهي ظاهرة تمثل أقصى حد لفقدان الشعور بالهوية . انها فرار من جنس لا يُطاق أو قل أنها إحتماء في اللاوجود . وهي تجربة تصادفها بوفرة في العوارض التي أتينا على ذكرها غير أنها تصادف أيضاً في بعض أنواع العصاب الخطيرة . ولكي ننهي هذه اللمحة السريعة نذكر بأن هناك عدداً لا يستهان به من الصعوبات الجنسية يشكل اضطراباً في هوية الشخص .

يبدو إذن أن مواقف الشخص من الأبا عظيمة الأهمية من حيث اعتبارها معياراً للصحة العقلية . لكن على هذه المواقف أن تتناسب مع بعض الشروط ، وقد ساعدنا نقاشنا على التعرف إلى أربع منها فيجب أولاً وقبل كل شيء أن يدرك الشخص أنه يعني ، أن يكون قادراً على اتباع حد معين من الإستبطان . ويجب ، ثانياً ، أن يكون ادراكه هذا لأنه صحيحاً قدر الإمكان . وثالثاً على الشخص أن يتقبل ميوله أبياً كانت ورابعاً وأخيراً أنه لمن الضروري أن يملك الشخص شعوراً بالهوية متيناً نسبياً ، وذاك ما يدلنا على أن عمليات التقمص كانت ناجحة خلال مراحل تكوّن الشخصية .

## 2 - الإنصال بالواقع

إن السلوك التكيف يفترض تقيماً صحيحاً لواقع العالم الخارجي ، وهنا أيضاً ، يتوجب علينا أن ننضم على معنى هذه العبارة . وقد نشط الفلاسفة دائماً في سبل تحديدها ويمكننا انقول ، وفقاً لمتنضيات نعيشنا ، أن الواقع هو ما تسمح الحواس ، فعلين ، بإدراكه . وعلى كل



حال إن هذا المفهوم يستوجب العديد من الإيضاحات .

أن رؤيتنا للعالم ليست سوى تقريبية ، وهي تتلون بشخصيتنا كما تمكس مشاعرنا وميولنا . فالعالم لا يصبح موجوداً إلا عندما يُرى . ولا يمكن أن نقصي الفرد عن الظاهرة . وفي الواقع أن ما كنا نحاول تعديده هو علاقة تتوطد بين الشخص المدرك والعالم المدرك . ولهذا السبب لا يصح الكلام عن إدراك سليم نعتمده معياراً للصحة العقلية . وهذا يدفع بنا إلى افتراض وجود نموذج يجب ألا نخل به . ويصبح حرباً بنا أن نلجأ إلى إدراك صحيح لشخص معين . ولكن لتساءل : هل أن كل إدراك هو غير صحيح بالنسبة للشخص الذي يدرك ؟ يبدو من الضروري إذن أن يترافق الإدراك في حطوطه العريضة وإدراك الأكثرية ، هذا مع وجوب الإقرار بوجود هامش للفردية .

العالم المدرك هو المحيط ، انه البيئة المادية كما أنه أيضاً البيئة الإنسانية . وأن العالم المادي يكون في الحالات العادية سهل الإدراك . ويكفي أن يتعود الشخص على استعمال حواسه وأن يتعود أيضاً على أن يشرع على الصعيد الطبي النفسي العصبي وهذا ليس بمستحيل - أن يشرع التأثيرات والمثيرات المنقولة مع مراعاة مستوى أدنى من الدقة . ورغم كل شيء تبقى امكانية الوقوع في الخطأ واردة ونجد في الأوهام مثلاً على ذلك . ونذكر أيضاً أننا وضعنا أنفسنا على مستوى من الواقع هو مستوى التجربة اليومية والحياة العامة . ومن الواضح أن الواقع لا يظهر عند التحليل أشبه بحالة جامدة . فالعالم هو في صيرورة مستديرة وهو مبني على التغير والتحول يكون إدراك البيئة الإنسانية أكثر تعقيداً لأن موضوعه يعالج الأشخاص . أنه إدراك تفاعلات أكثر مما يكون إدراك كيانات منفصلة . وهذا يصح في قسم منه على البيئة المادية بقدر ما يتخللها العنصر الإنساني علي مثلاً أن أنتقل من مكان إلى آخر فإدراك طريقي إلى جانب إدراكي للصعوبات المحتملة يكفي لكي أعلمني وعلمي علي سلوكاً متكيفاً أو ، أنا بحاجة لاستدئين مبلغاً من المال فاتوجه إلى أحد

أقربائي لإعتقادي أنه مؤهل لمساعدتي . ثم أحرك سلسلة من الظاهرات النفسية التي تتعلق بنواحي شخصيتي العميقة والتي تثير اهتمام قريبي بطريقة مماثلة . وهكذا يكون ما أدركته وضعيته أعطيتها قيمة معينة كما أعطيتها محتوى ذا مغزى .

على ضوء ما تقدم نقول أن الإدراك هو أيضاً إطلاق أحكام وذلك يصح في المثل الأول كما في المثل الثاني . ولكي يكون إدراك الواقع معياراً مقبولاً للصحة العقلية ، لا يكفي أن يكون ( هذا الإدراك ) صحيحاً بل أن يولد تقيساً يكون ، قدر الإمكان صحيحاً وعندما تتدخل حاجات الشخص العاطفية بحدّة قوية فإنها توشك أن تعطل تنافي الإدراك والحكم . فهي تخفيء الواقع وتعمل تقريباً كما تعمل العدسات التي تغيّر الصورة . فالواقع ، وهو لا يدرك على ما هو عليه بل حسب المعنى الذاتي الذي يصفه الشخص المدرك عليه ، يولد حتى سلوكاً غير متكيف .

ألا أن هذا لا يعني أن الخطأ يكون دليل صحة عقلية غشقة . فهو مسموع ! ويبقى هامش الرب في تقييم أية وضعية هامشاً كبيراً . ودون شك تكون الموضوعية التامة غير موجودة إطلاقاً ، إذ أن انفعالاتنا تنزلق لا محالة بين العالم وبيننا . ويبقى سلوكنا ذا فاعلية قدر ما لا يسرف تأثير هذه الانفعالات في بلبله الحكم على المدركات . ويمكننا الاعتقاد بأن الشخص الذي يتمتع بصحة عقلية جيدة ، نظراً لكونه يعي حاجاته العميقة ، يكون أكثر استعداداً من سواه لتحليل وضعية معينة ، وحين تحدث التجربة يكون هذا الشخص قادراً على أن يجابهه بنسبة كافية من التبصّر كما يكون قادراً أيضاً على ألا يلتزم إلا بعد تدقيق ثاقب . هذا ومن المسلم به أن طريقة الفعل في الواقع تتضمن أيضاً نواحي إدراكية وذهنية .

أد العلاقات المتوالدة بين الأشخاص هي التي تحدّد أكثر من سواها إمكانات الإدراك لأهلها . بالضبط ، تلجأ إلى استعمال المشاعر ونظم القيم . أن معرفة الغير ليست بأسهل من معرفة الذات الخاصة . هي

نفترض شيئاً آخر غير ضبط المبول ، وهذا الشيء الآخر هو نوع من القدرة على الإحساس من الداخل تتعدى الفهم العادي . إنها محاولة تقمي على الشخص بأن يضع نفسه موضع الآخر . وكانت الفلسفة الأرسطية قد وصفت هذه الظاهرة وصفاً رائعاً قبل أن يكتشف علم النفس كلمة بهم الغير [empathie] ليصفها . والعبارة التالية . «المعرفة تعني : قدرتنا على أن نصبح الآخرين» ، تبقى مقبولة دائماً .

أن هذه الميزة التي لا يتمتع بها كل الناس - وما أبعد ذلك - تظهر خلال تكون الشخصية وترتكر إلى حد بعيد على ميكانيزم التضمص . وهي تستلهم أيضاً التقليد والثقافة التي نتقناها كما نفترض الاعتراف بقيمة الشخص واحترام الغير ونقول أن مهارة فهم الآخرين إذا ما أخذت كمعيار للصحة العقلية تشكل عنصراً كبير الأهمية فهي لا تنمي الشخصية من حيث توسيع السجل الإنفعالي وحسب بل أنها تسهل قيام العلاقات مع الآخرين . وهي أيضاً تجعل الشخص أكثر تأثراً بأراء الغير وتساعد على التوصل إلى إدراك أدق ؛ وهو ، أي هذا الإدراك ، يكون ، على العموم ، أكثر توافقاً ولئن كان حدسياً في قسم منه

إن تشويه الواقع يتيح عن انحراط الحاجات العاطفية في وضعية حقيقية . والتشويش ، حين يكون ضمن درجة محدودة ، لا يؤثر في السلوك سوى تأثير سطحي ويبقى مسجماً مع صحة عقلية مرضية تقريباً . ولكنه حين يكون ضمن درجة شديدة الخطورة فإنه قد يصبح كلياً فيفقد إذ ذاك الاتصال بالواقع وهذا ما يقودنا إلى صميم علم الأمراض وإلى عالم للذهان [psychose] والهديان والهلوسة ليسا سوى مظهرين من مظاهر فقدان الاتصال بالواقع وهما المظهران الأكثر شيوعاً والأكثر تمييزاً فالتفكير يصبح غير واقعي أي أنه يفقد كل صلة مع العالم الخارجي كما نعرفه نحن .

غير أنه يوجد أمثلة على التفكير اللاواقعي غير المرضي . وما يميز هذه الحالات هو أنها مؤقتة وتبقى خاضعة إلى حد معين لرقابة الوعي .

فالحلم وقت النوم أو حتى في حال اليقظة ينجم عنها كما أن اللعب يتقرب منها . ونذكر على الأخص ميدان الإبداع الفني كلبته ، فالأعمال المسماة بأعمال المحيلة تقترح إعادة بناء العالم وهي بمعنى أو بآخر تتعد عن الواقع . ويصح هذا القول على الفن في شتى أشكاله . وتصبح رؤيا الفنان لدى تطبيق هذا المعيار مظهر صحة عقلية سيئة .

والنشوهات الدقيقة إذن وتلك التي تبدو أحياناً ، في الظاهر ، وكأنها جد سوية تحصل نتيجة لتدخل ميكانيزمات الدفاع . وأن الحماية التي تؤمنها هذه الميكانيزمات لشخصية تكون بديلة للتلام مع الواقع . ولأن هذا الوقع يكون غير مقبول أو على الأقل يصعب قبوله وذلك مع أخذ ميول الشخص بعين الاعتبار ينتج عنه (أي عن الواقع غير المقبول) إعادة تنظيم فينكر الشخص الواقع ويهرب منه ويحوّله ويظلمه . وقد رأينا أن عدداً لا يستهان به من هذه الميكانيزمات يعلب دوراً إيجابياً عندما يبقى ضمن بعض الحدود . وبالمقابل هناك ميكانيزمات كالنكوص والإسقاط تتخذ فجأة صفة مرضية . أن درجة ونوعية الإتصال بالواقع تعبر عن مستوى الصحة العقلية .

### 3- تكامل الشخصية

إن مواقف الشخص من الآن بالإضافة إلى إدراك الواقع لا تمثل سوى نواحي منعزلة من عمل الوظائف النفسية . وإذا ما اعتبرنا أن هذين مجلدان وحدهما الصحة العقلية نكود أشبه بمن يعتبر لأجزاء على أنها كل . يجب أن نلجأ إلى مفهوم أرحب يكون رغم بعض الضموص فيه ذا أهمية بالغة . إنه مفهوم التكامل . وهو العملية التي تكتسب بواسطتها الشخصية وحدتها وتماسكها . أنه المبدأ الذي يضيف المعنى على الظاهرة الإنفعالية ويرسم للسلوك اتجاهه ويدخل المنطق الذاتي في الجهاز النفسي . ومن البديهي أن يكون لمفهوم كاللي نحن بصلده أصداء فلسفية ومذهبية ، ولكن سبق أن قلنا بمش هذا لأنه لا يمكن أن يكون الحال على غير لك في ميدان متحرك كهذا .

فمن وجهة نظر تحليلية نفسية نقول أن هنالك توازناً دينامياً بين مختلف طبقات الجهاز النفسي وبين الوعي واللاوعي . للسهم وللأنا كما للأنا الأعلى وظائف دقيقة لا يمكن أن تفهم إلا بالنسبة إلى المجموعة . أنها أجهزة قوى متفاعلة ؛ ويختل التوازن عندما تصبح السيطرة للجهاز واحد منها . ويسهل علينا استنتاج العواقب على الصعيد النظري على الأقل . سيطرة السهم تضخم أهمية الغرائز وأما إذا كان التمرق للأنا الأعلى فإن قوى الرقابة تكون مسيطرة .

ويعود إلى الأنا دور الحفاظ على علاقات مؤاتية بين متطلبات الهو والأنا الأعلى . هذا ويتوجب عليه ألا يتعدى بعض الحدود فإذا ما تدخل وأفرط في تدخله بشكل عام فإن التوازن سيتأثر من جراء ذلك . وأخيراً نقول أن الأنا هو الذي يؤمن تكامل الشخصية ؛ ولهذا عليه أن يتميز بصفات معينة وعلى الأخص بالقوة والليونة . فالأنا القوي هو أنا ملائم قادر على القيام بوظائف تركيب وإدراك الواقع . والأنا اللين يتميز بخاصة معينة من المرونة ، وأن المراقبة التي يقوم بها تتم دون صلابة وتترك فسحة حرة .

أن يجعل طبقات الجهاز النفسي المختلفة تتعاون مع بعضها البعض وعلى درجات متفاوتة من الوعي واللاوعي . فينتج عن ذلك أن ميزان القوى بين هذين المستويين يشكل إحدى دعائم الصحة العقلية . فلنكي يقوم الشخص بنشاطات تؤمن له حداً أدنى من الإرتياح ، ولكي يعتاد العلاقات الإنفعالية المقبولة مع محيطه يكون من الضروري ألا يتدخل المستوى اللاوعي ، دون حق ، في الطبقات البواعية . إنها لطريقة مختلفة تبين الفكرة التي عبرنا عنها في كلامنا عن معيار الواقع لنعرف أن على الحجابات الإنفعالية ألا تشوّء الإدراك .

العصاب كالذهان يدل على خلل في الجهاز النفسي وهنالك علم أمراض خاص بالأنا والهو والأنا الأعلى ويمكن اعتبار بعض الأمراض على أنها أمراض التكامل تلك هي الحال في الفصام [schizophrénie]

وهو ذهان يتبعه انحلال الصلة بالواقع وتفكك تكامل الأنا . ويأخذ تفكك التكامل كل معناه . وفي العصب تجد الإضطرابات تعبيراً خاصاً بمبحث العوارض بين بروضوح موضع خلل التوازن ويكفي أن نفكر بعصب وسواس التكرار ويتدخل الأنا الأعلى في توليده ، زد على ذلك أن بعض صفات العصب المميزة كالصلابة والميل إلى التكرار وبيقائية السلوك تتناسب عن العكس مع صفات وضعناها على أنها تنتمي إلى الأنا السوي .

أن التكامل الناجح يتجلى بالتساهل الحسن مع الجزع . وباعتبار آخر أن حل الشخص المتعصب بصحة عقلية مرضية أن يجابه الحياة دون أن يكون تكامله دوماً موضع تساؤل . ويمكنه أن يعاني من التوتر فتظهر لديه العوارض في بعض المماسيات المفجعة ولكن على مراتبه النفسية أن تحتفظ بفعاليتها . أن جهازه الدفاعي يعرف كيف يستخدم أسلم الميكانيزمات كالإعلاء والتعويض . ويكون أنه مبنياً لبناء الكافي كي لا يؤثر فيه التوتر إلا تأثيراً سطحياً . ويكون ما يحسه الفرد من شعور بالإطمئنان ناتجاً عن توازن قواه النفسية تولزناً دقيقاً بل ناجحاً .

التكامل لا يكون معطى ، أنه حصيلة تطوّر لا ينتهي أبداً ، تطوّر يجعل من الطفل راشداً . ويتركز هذا التطوّر بين قطبين هما التبعية والإستقلال . والشخص المستقل فعلاً - ونادر الوجود وهو من تجاوز مراحل تكون شخصيته دون تعلق لو تشابك جديدين ونجح في التخلص من رواسب الطفولة ، فأصبحت علاقته مع المحيط تتم على غط من الإستقلال وهو قادر على أخذ القرارات والإضطلاع بالتبعات كما أن مواقف مع الأشخاص لا تميل إلى إرضاء حاجاته العاطفية على حساب الغير . وتكون نشاطاته بالنسبة إليه مبعث كفاءات إلى جانب كونها خلاقة .

ويتناسب السلوك الذي يميّز الإستقلال مع بنية معينة للشخصية : وهي تتكون من عوامل سبق وصفها . كما تحتوي على نظم القيم ، وعلى

وعمي واضح للإطار الاجتماعي ، ونقر بوجود امكانات الفرد ، وتساعد على تحقيقها . ويجب أن نسجل مفهوم تحقيق الإمكانيات هذا . وهي ، بالنسبة لعدد لا يستهان به من المؤلفين ، تشكل بعد ذاتها معياراً للصحة العقلية وهم يرون في هذه الظاهرة المحرك الحقيقي للنشاط البشري . أوليست إحدى خصائص الحياة أن تميل إلى النمو أي أن تميل إلى تحقيق ذاتها ؟ .

إن الإستقلال يكون خصيلة النضوج<sup>(1)</sup> (maturation) ، والنضوج يتوافق مع أفضل تكامل ممكن للشخصية ، هذا مع أخذ الظروف بعين الاعتبار . أنه إذن مفهوم بيوي . وأن التحليل المتعمق يبين أن النضج يتطلب ، لكي يتولد ، فلسفة معينة في الوجود أو ربما هو يكون نتيجة لها ؟ ويصعب تصور شخص قد بلغ كامل نموه وهو بعد لم يحدد له أهدافاً ولم يكون بعض الآراء حول الموضوع الذي يحتله في الكون . أن الوعي الذي يكون قد اكتسبه عن ذاته يدفعه إلى أن يأخذ له موضعاً . وتنخرط هذه المحاولة ضمن نظام قيم معين ، يكون بالنسبة للأكثرية ديانة وللآخرين فلسفة اجتماعية أو أخلاقاً علمية .

يبدو أن التكامل يشكل إذن المعيار الأساسي للصحة النفسية فهو ، من جهة يمثل نقطة وصول تكون الشخصية ليدوب في تلك الصفة النادرة الأوهي النضج وهو من جهة أخرى يضي على المعيارين اللذين سبق أن تناولناهما معاًهما الحقيقي . ولا شك أن التكامل لا يُقاس على طريقة معايرة الدم ؛ ولا شك أيضاً أنه لا يوجد هناك دأتر يساعد على اكتشافه أو على تنع تطوره . ولكن هذه ليست على الأرجح بمبررات كافية لكي نحرم من معيار مفيد كهذا حتى ولو أضيف إلى الغموض الذي لمحا إليه قدر كبير من النسبية

(1) لقد ميرنا بين النضج والنضوج واعتبرنا أن الأول يوازي كلمة (mature) والثاني يوازي كلمة (maturation) ملاحظة المترجمين .

#### 4 - التكيف مع البيئة

تشكل نوعيه وطبيعة العلاقات التي تبني بين الإنسان ومحيطه ، تشكل بنظر الكثيرين معياراً ممتازاً للصحة النفسية وهران لم يكن المعيار الأفضل فهو بالتأكيد أكثر المعايير بداهة - وما من شك في أن السلوك ينم عن غرائز الفرد . غير أن هذه المحاولة ليست بدون مخاطر فهي لا تتمتع بقيمة معينة إلا ضمن مخطط عمم : وينبغي ألا تُغفل عن بالنا المعايير الأخرى إذ لا يكون السلوك سوى ظل له وهو أحياناً ظل مشوه وغير صادق .

ولفهوم التكيف حدوده : فإذا ما اعتبرنا التكيف مجرد تقل سلمي للمحيط فهو لا يكون دليلاً قتيماً للصحة النفسية إنما عكس ذلك تقريباً . ويمكن للإمتالية [conformisme] أن تكون مظهرًا عصابياً . أن التكيف لا يبدو صالحاً إلا إذا أُخذ في ديناميته . هو يظهر إذن أشبه بـنتيجة نوع من التوازن أو التوفيق الذي يتم بين الإنسان والواقع والذي يفرض تغييرات من كلا الجهتين إذ أن هذا الأخير يرتاح إلى العالم الخارجي ؛ وهذا ما يسمى بالتكيف النشط .

أن أية قاعدة أخرى قد تعود بنا إلى أن نفرض على الكائن البشري دوراً تاريخياً له أهميته . ولو أن الإمتالية سادت بشكل دائم لما كان العالم تطور أدناً . أن المحيط في مظهره من بيئة مادية وبيئة انسانية هو في الواقع مبال إلى مقاومة التغير ، وأن من حاول تعديل وضعية معينة يعرف ما نستلزمه هذه الوضعية من جهود ويعرف ما يتكبده هو الآخر من مجازفات . ولكن هذه المقاومة تلعب دور حماية للمجتمع وهي مفيدة شرط ألا تحكم على المجتمع بالعقم . ويكون المجددون غالباً غير متكيفين بكل معنى الكلمة ويقودهم بحثهم عن اتزانهم الخاص إلى إعادة تنظيم البيئة تنظيمًا ضئيلاً .

فالتكيف إذا ما فهم على هذا النحو يفترض أن الشخصية ترتاح إلى الأوضاع التي تصادفها بشكل مألوف خلال الحياة ولا يوجد «وصفة» أو قاعدة سحرية لتوصل إليه . فالمحيط ، من العائلة إلى المجتمع كله ،



مروراً بالمؤسسات ، بقدر على المساعدة . ولكن الشخص يصادف دوماً طرفاً يكون فيه وحيداً كما يتوجب فيه عليه أن يصطلع بتبعات لا يستطيع أحد سواه أن ينوب عنه في الإصطلاح بها . وهذا ينطبق على الولد الذي يذهب إلى المدرسة للمرة الأولى ، كما ينطبق على المراهق الذي يتنفض صد عائلته ، أو على الراشد الذي يحصل على ترقية مع ما تتضمنه من أعباء إضافية .

أن جميع مراحل الحياة تتطلب جهود تكيف لأنها حتماً تؤدي إلى تغيرات يخلل فيها التوازن مع المحيط خللاً مؤقتاً يؤدي أحياناً إلى أزمت كمثل التي ذكرنا . فيتولد أحياناً توازن جديد يكون منبثقاً عن تعديلات تتم عند الشخص وإلى حد معين في المحيط . فحين يجتاز الشخص مرحلة من المراحل يجد شخصيته قد توطدت وإلهم الإجابة عن وجوب كون «الأناء قوياً وليناً في آن معاً» : يجب أن يكون على قدر من القوة لكي يقاوم وطأة الوضعية والأزمة المرتبة كما يجب أن يكون على قدر من اللين لكي يؤمن التكيف اللاحق

ويمكننا أن نقيّم نوعية التكيف تقييماً أفضل من خلال مختلف أدوار الحياة ، وستتوقف عند الأهم والأساسي منها أي الزواج ، والأمومة أو الأبوة ، والعمل . فمعظم الكائنات الشربة يصطلع بهذه الأدوار في فترة من حياته ويعبر بنجاحه أو فشله عن ميول شخصيته . ويتضمن كل دور من هذه الأدوار نواحي متعددة تورط الشخص تورطاً انفعالياً في أعز ما له وتولد سلوكاً معقداً جداً . ويمكننا أن نقيس التكيف مع هذه الأدوار بالجوء إلى بعض المعايير التي يلهم استقصاء جامعة ميستفان ، وقد تكلمنا عنه ، إلى ثلاث منها أنها المكافآت والإرتياحات التي يشعر بها الشخص ، والمشاكل التي تخلفها الوضعية ، وأخيراً قدرته وكفاءته على التعبير عن ذاته أي شعوره في أن يكون أو لا يكون على مستوى الدور المطلوب .

يكون الزواج بالنسبة للأكثرية الدور ذا التأثير الأكثر عمقاً والأكثر امتداداً . فإن العلاقة الزوجية تورط الشخصية في كليتها وفي نواحيها

الجنسانية والنفسية . وهي تظهر معظم ميول الشخصية بواسطة الصلات العاطفية التي تنسج ذاتها ، فبالجنس تصل إلى إشباع الغرائز وإن نسبة الطرق وتكاثر المجر والخلاف تؤكد جيداً أننا نكون في الزواج أمام تجربة إنسانية صعبة للغاية ولربما أصعب التجارب على الإطلاق .

ولكي تتكامل هذه التجربة بالنجاح نفترض أن يكون كلا من الزوجين قد توصل إلى نضج كافٍ . ويكون هذا نادراً في المطلق نظراً للسن العادية للزواج . فإن ما يحدث في الحالات الأكثر إيجابية هو أن هذا التطور يتركز في وقت تتوطد فيه الصلة الزوجية . فالشريك حين يتبادلان المساعدة يتوصل الواحد منهما إلى معرفة فضل لذاته عن طريق الآخر . وفي الحالات الأقل إيجابية تتخذ التضاعلات فجأة مظهراً عصائياً ، فيميل الواحد إلى الآخر ليحقق على حسابه إشباعاً يعرض عن حاجاته الإنفعالية الخاصة . إنها في أغلب الأحيان الحاجات إلى الاستقلال التي تعبر عن ذاتها بمواقف طفولية وتشارك في مراحل سابقة من مراحل النمو بحيث يكون اختيار الشريك بالذات متأثراً بها .

هذا وقد ربط الباحثون نجاح الزواج لمدة طويلة ربطاً يكاد يكون قطعياً بالنواحي التناسلية من الجنس ؛ ولكنهم كانوا في ذلك يأخذون النتيجة على أنها مسب . وإذا كان تفاهم الزوجين الجنسي يدل على نجاح زواجهما فإن العكس يكون بعيداً عن الصحة . إن هذا المفهوم وقد تحول في زمن معين إلى عقيدة ، نتج عن التحرر الواسع الذي عقب افرويدية وهو لا يعدو كونه نظرة جزئية ؛ فالتناسل لا يمثل سوى ناحية واحدة من الجنس . وهو يأخذ معناه الحقيقي في إطار أوسع يشمل النواحي النفسية من الجنس كما يشمل المشاعر والإنفعالات . وأن القدرة على الحب تكون بشكل قاطع عامل صحة عقلية بقدر ما تتناسب مع تكامل الشخصية . والحب الحقيقي يتجدد كل يوم ويتطلب عناية واعية وهو في أساس الزواج الناجح . أنه دليل تفاهم عميق .

والأمومة ، كالأبوة ، تعطي الزواج بعده الحقيقي . وقد كان من

السهل على الناس منذ جيل أو جيين أن يؤدوا هذين الدورين . وليست طبيعة العلاقات الإنفعالية هي التي تغيرت بل انه الإطار الاجتماعي . ان تطور المؤسسات في عالم هو في أوج التحول اثر على بنية العائلة إلى حد جلب غموضاً كبيراً في علاقات الأهل والأطفال ، فلم يعد هنالك من نموذج قيم كذلك التي كانت تصادف في عصر كان أكثر ثباتاً . فالتقاليد لم تعد تلعب دوراً كدورها من ذي قبل ولم تعد تشكل المراكز الأفضل فتتج عن ذلك تعقيد دور الأهل وهذا ما يكون غالباً مبعث التوتر كما يكون شديد الخطورة عندما لا نستوعب الشخصية هذا الدور بشكل صحيح وعندما لا تقبله منذ الإطلاق فيصبح مولداً للصراع .

وثالث كبار أدوار الحياة نعيشه في عالم العمل والإنسان يخصص له القسم الأكبر من وقته وتكون مشاكل التكيف فيه في معظم الأحيان شديدة الحدة . هذا وأن الشخص ينقل إليه مصاعبه الإفعالية كما هو الحال في مواقف الحياة الأخرى . والعمل المثالي ، بدوياً كان أم ذهنياً ، ليس ذاك الذي يؤمن مستوى أدنى من الإرتياح وحسب بل يؤمن أيضاً امكانية النمو . ونجد أنفسنا أمام مفهوم الإمكانيات [potentialités] . فالشخصية تتوطد بالعمل وتكون ، تقريباً ، موضوعاً على المحك . لكن الوظيفة ، لسوء الحظ على ما هي عليه اليوم وخاصة بسبب انطلاق التصنيع ، تحمل أحياناً الحرمان .

في النهاية نقول أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تكون القاسم المشترك لمشاكل التكيف كما تطرح في الزواج والتجربة العائلية والعمل . وهي تبعاً للإسلوب الذي نعيش به تشكل معياراً أساسياً للصحة العقلية . وقد يصح القول فيها أنها تجعل الميول آنية [أي أنها تصرفها في الوقت الخاص] تحيئها ونتم ذلك على مستوى أساسي من التعبير . أن علاقات الأشخاص فيما بينهم تعبر عن التوتر والصراع وهي بتعبيرها هذا أشبه بفاضح السر ؛ كما أنها بهذا المعنى تعطي على مستوى الصحة العقلية ارشادات ثمينة جداً .

## الباب الثاني

الطرائق والتقنيات



## تطور الأفكار

كيف نصرون إذن هذه الصحة العقلية المسيرة المتألم والسريعة المعطب ؟ هل يمكن تنظيم مكافحة فعالة للقضاء على هذه الموجة الحالية من الأمراض النفسية ؛ مع أخذ الريادة الحاصلة في السكان بعين الاعتبار ؟ بأي مقدار وبأية وسائل يمكن تلافي هذه الأمراض ؟ كيف نحسن مستوى الصحة النفسية عند شعب من الشعوب ؟ وهل هذا الأمر قابل للتحقيق على الأقل ؟ هناك العديد من المسائل التي يبدو من التهور الاحابة عنها ، دون استناد إلى بعض الأمور لأنها تتخطى بالفعل نطاق الطب النفسي التقليدي

لقد عرف الطب النفسي ، منذ جيل تقريباً تحولات عظيمة ، واتسع نطاقه وتبدلت مبادئه تدللاً جذرياً ، كما ان هناك مجالاً لإعادة تنظيمه ، والبحث عن مقام له بالنسبة لبقية الاختصاصات الطبية . وكذلك بالنسبة للعلوم الإنسانية بوجه عام . ففي هذا الصدد ، سنحاول ان نشير إلى تطوره ، عبر المذاهب والمعالجات وبراامج المساعدة . وستسمح لنا هذه الخطوة ان نفهم بشكل أفضل ، كيف يبدو العمل الوقائي .

### 1 - المذاهب

يمكن ان نرجع الطب النفسي ، بشكل موجز ومصططع نوعاً ما من حيث هو اختصاص ، إلى فترات ثلاث : فترة وصفية ، فترة ديناميكية

وفرة اجتماعية . وكل فترة من هذه الفترات تمثل مرحلة تطور على الصعيد النظري ، وهي تقابل نشوء بعض المفاهيم وان عملاً تمهيدياً كعملت لا يدعي إحلال نفسه محل ما ذكر تاريخياً عن هذه القضية . فهو ينطوي خاصة على إبراز المعنى لعام للتغيرات الطارئة .

وتعقب المرحلة الوصفية الغموض الذي يميز كل اختصاص في طور تكونه . ونحن نعلم انه لعصور عديدة خلت ، كان يعتبر المريض النفسي كمن به مس من الشيطان ، وسادراً ما كان يعامل بطريقة إنسانية . وكانت تنطوي حالته على السحر أكثر مما كانت تدل على حالة طبية كادت ان تصبح علمية . فلم توضع المحاولات الأولى لتصنيف الأمراض النفسية إلا تاحاً ، وقد أفسحت المجال للطب النفسي بأن يتكون كفرع من فروع علم الطب .

وكانت ترتكز هذه التصنيفات المستمدة من الطريقة التحليلية - العبادية ، التي اشرنا إليها سابقاً ، على التشابه بين العوارض المرضية . وبالرغم من كل الجهود ، فقد بقي علم الكشف عن الأمراض النفسية مجهولاً وكان لبعضهم أفكار غامضة تماماً عن العوامل المسببة لهذه الأمراض . وهكذا فقد استتج كبار الأطباء النفسيين في القرن التاسع عشر من مجمل ملاحظاتهم ، بعض مجموعات مرضية . واثناء هذه الفترة عقد الطب النفسي أواصر علاقات متينة مع علم الأعصاب . وقد ساعد على تكامل الاختصاصين ذلك الميل إلى تأليف الهياكل الذي طبع العصر بطابعه .

وقد أجازت نظرية التحليل النفسي ، التي تسلمت شيئاً فشيئاً إلى فكرة الطب النفسي ، تحطيم مستوى الوصف السيط لظواهر المرض العقلي بغية الوصول إلى مستوى الفهم . وليس من الباعلة القول ان التحليل النفسي قد أغنى الطب النفسي . وأن أي طب نفسي لا يأخذ هذا التحليل بعين الاعتبار يكون بصراحة قد قحطاه الزمن . فلا هتم اليوم بالعوارض المرضية فحسب ، بل بالبحث عن جذورها . ولا نكتفي بوضع

تشخيصات هي كشعارات تطبق على المرض وإنما نتعلم أن نستعمل  
تماير من علم الأمراض النفسية . لأن هناك اتجاهاً اليوم نمرعلم نفسي  
تكوينه .

وحق ذلك الوقت ، بقي الطب النفسي سجين مكان لا منفذ له .  
وقد بقي مرتبطاً بمنهجية كادت تشله ، بالرغم من بداهتها القيمة  
ووجهات النظر التي لم تكن قوية تماماً . ويميل الطب النفسي ، بوجه  
الإجمال ، إلى تناول الظواهر النفسية بفكر وطريقة عالم التشريع ، أو عالم  
الفيزيولوجيا . وما جاء به التحليل النفسي هو مفهوم بنية الجهاز النفسي  
ونظرة الجنس وتكوين الشخصية ونظام شرح العوارض المرضية .

وهذه المرحلة ، التي يمكن أن نسميها المرحلة الديناميكية ، تنبئ من  
خلال طلائعها بالذات بالمرحلة الاجتماعية . ويمتد علم النفس الفردي  
حتى يصل إلى علم نفس الجماعة . ويتم التفكير ، يوماً بعد يوم ، بتعابير  
ذات بنى اجتماعية وذات ديناميكية جماعية . وينصب الاهتمام للمرة  
الأولى ، بطريقة منهجية ، على عوامل البيئة ، ويقام وزن للثقافات  
المختلفة وكل شيء يبقى مركزاً على الفرد ، ولكن هذا الفرد ليس معزولاً  
في عالم معادٍ له إنه في «موقع ماء» .

وليست هذه المراحل غير متسلسلة تاريخياً فحسب ، لكنها تتداخل فيما  
بينها وساهمت كل مرحلة من هذه المراحل ، ولا تزال ، في إيصال  
الطب النفسي إلى ما وصل إليه اليوم . ومنذ القرن الماضي ، لم نطراً  
تغيرات كثيرة على التصنيفات الرئيسية للأمراض العقلية القائمة حالياً ،  
وعلى الأخص فيما يتعلق بالذهان . ولم ينجح اسهام التحليل النفسي  
الذي عزز فهمنا لعلم الأمراض بسبب حدوده الخاصة ، في خرق أطر  
علم تصنيف الأمراض . وبالطبع ، يجب الاعتراف بأن عدداً لا يستهان  
به من الأطباء النفسيين ذوي المنشأ الكلاسيكي ، لا يأخذون التحليل  
النسفي بعين الاعتبار ، فهم يبنون آراءهم في العلاج على التجربة  
العيادية التقليدية .



أما التمييز بين مرحلة ديناميكية وأخرى اجتماعية ، فهو لا يزال قائماً .  
وقد يكون المقصود بها بالأحرى ، وجهان لحقيقة واحدة . ويدرس  
الكائن الشري ، بشكل عامودي وآخر أفقي ، في الوقت نفسه .  
ويرجع حد هذا الكائن العامودي إلى تكوّن الشخصية ، حسب تحديدها  
التكويني ومراحلها المختلفة . وحده الأفقي هو في علاقة مع المحيط أي  
مع كل عوامل البيئة الفيزيائية والبيئة البشرية التي لها تأثير ملائم ، نوعاً  
ما ، على التاريخ الشخصي للفرد .

ولقد أشرنا سابقاً ، إلى ما يمكن أن يكون لمفهوم المرض في الطب  
النفسي من التباس وغموض . وتأخذ هذه الملاحظة هنا ، أهميتها البالغة  
في سياق البحث الذي سببناثر باهتماما . ويظهر المرض كنتيجة للعديد  
من العوامل التي تختلف أهميتها في مجموعة الاسباب المرضية . فهو في  
معظم الأحوال شيء يرد فعل للشخصية بالنسبة إلى المحيط . ويمكننا أن  
نضيف من وجهة النظر نفسها ان المرض يبدو كاستمرار أي تماماً بعكس  
الانقطاع مع الماضي وكتعبير غريب عن الشخصية وكحادث له بداية  
ونهاية محدودتان تماماً . وهذا مما يجعل للطب النفسي معنى جديداً .

## 2 - المعالجات

ان التطور الذي شرع به سابقاً له ما يعادله على الصعيد العلاجي .  
فحتى وقت قريب كان الطبيب النفسي أعزل ولم يكن يتصرفه أية طريقة  
فعالة حقاً . لذلك كان من الصعب عليه أن يجد بالشكل المنشود من  
تطور الأمراض العقلية فكان ينحصر دوره في غالب الأحيان بتأمين حد  
أدنى من العناية وبإلقيام بأعمال وقائية ورعاية باسم المجتمع . لقد كان  
يوجد بالطبع ما كنا ندعوه «المعالجة الأخلاقية للمجنون» . وكان ذلك يمثل  
مواقف شفقة وإنسانية تبدو اليوم طبيعية ، ولكنها لم تكن مستوحاة من  
أي أساس مذهبي .

وأصبح الطب العقلي تدريجياً أكثر فعالية وقد أدخل الشاؤم ، الذي  
كان المنطلق ، المجال أمام تفاؤل أخذ يتأكد شيئاً فشيئاً ويمكن للطبيب

النفسى حالياً ان يفتخر بالحصول على نتائج تصاهي على الأقل نتائج الفروع الطبية الأخرى . فقد كفّ الطبيب ان يكون حارماً لمرصاه ليصبح الشافي لهم واندمج بالتيار العلمي الكبير الحديث . وإذا كان الطب النفسى قد خرج بذلك من عصوره الوسطى فذلك عائد قبل كل شيء إلى ظهور المعالجات القيمة مؤخراً ، وانتشارها الواسع يعود إلى نتائجها .

وقد سارت المعالجات في الطب النفسى باتجاهات موازية للنيارات المذهبية . ويتحدث البعض عن معالجات فيزيائية ومعالجات نفسية بنفس الطريقة التي كانوا يتكلمون بها عن الأصل العضوي والأصل النفسى للأمراض العقلية . فمن وجهة نظر شمولية يبدو واضحاً أن هذا التمييز هزيل . ونحن لا نتمسك به إلا لسهولة ، وفي الواقع ان الطرائق والتقنيات الأكثر استعمالاً اليوم هي من كلا الاتجاهين ، وعوضاً عن ان تتعارض فهي تتكامل وغالباً ما ترتبط وبامكان ان تمثل سلماً من إمكانيات المعالجة بشكل خط مستقيم في أحد طرفيه المعالجات الفيزيائية التي تتضمن أقل ما يمكن من لمركبات النفسية ، وفي الطرف الآخر المعالجات النفسية المحضة ، فيبين هذين القطبين تتلاقى سائر الأنواع .

ويتميز مجال المعالجات لفيزيائية في العصر الحديث بسلسلتين من الاكتشافات . فهناك بادئ ذي بدء ظهور المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين ، ومن ثم هناك إدخال المحركات العقاقيرية النفسية القوية والمهدئة . وقد أدخلت المعالجة بالصدمة الكهربائية والمعالجة بالانسولين الأمل إلى الطب النفسى ، أما بالنسبة للمحركات العقاقيرية النفسية فقد أشعلت ثورة حقيقية .

وإذا كانت المعالجة بالعقاقير قد عرفت انتشاراً يتزايد على الدوام فإن الأكثر قدماً بقليل كالصدمة الكهربائية ، وبدرجة أقل ، المعالجة بالانسولين لا تزال تحتفظ بمعدلولاتها ، ولا تفقد الأهمية الكبرى للمحركات العقاقيرية النفسية على فعاليتها فحسب بل على سهولة

تجربتها أيضاً . وهي تؤثر في العوارض المرضية الأكثر ازعاجاً كالحياح العصبي ويمكن ان يشار باستعمالها دون ان يوضع المريض في المستشفى . وأنواع هذه المحركات متعددة جداً والاشارة باستعمالها تزداد يوماً بعد يوم .

وقد وسم ظهور تقنية التحليل النفسي في مجال علم النفس تلك الفترة بسمته ، فظهرت لأول مرة طريقة ناجمة عن نظام متهاك لتفسير الحياة النفسية والتي على ما يبدو تعطي نتائج في بعض الظواهر العصابية على الأقل . وتطور التحليل النفسي على حسابه الخاص بمعزل عن الطب النفسي . ولم يجد التحليل النفسي المركز اللاتق به إلا منذ وقت قريب وليس في كل الأوساط . ومن الممكن أن ترى تقنية التحليل النفسي - بشكلها الكلاسيكي - حقل نشاطها يتقلص شيئاً فشيئاً . فطول فترة العلاج وحلود مدلولاتها تجعل منها بالنسبة لمجموعة من السكان معالجة لا مثيل لها مع العلم ان الالهية تنتقل الى تقنيات أكثر فعالية وسرعة .

وتصدر هذه التقنيات عن قطاع المعالجات النفسية الواسع ، بعض هذه التقنيات ذات منطلق فرويدي والبعض الآخر تشترك فيه شتى مدارس الفكر . وبعودة سريعة إلى نظرية الشخصية نقسم هذه المعالجات النفسية إلى فئتين كبيرتين . فمن جهة هناك تلك المعالجات النفسية التي تميل إلى تعزيز عمليات الدفاع عند الشخص ولذا يدور الحديث على معالجات نفسية للحماية . وهذه المعالجات هي الأكثر بساطة وسهولة وشيوعاً في الاستعمال . ومن جهة أخرى هناك تلك التي تهدف إلى إجراء تغيير في الشخصية بدرجات متفاوتة . وتمثل تقنية التحليل النفسي النوع المتطرف من هذه المعالجات .

وهذه الطرائق كلها فردية من حيث التحديد ، وهي تعود إلى حوار بين المعالج والمعالج ، حوار علاجي يضع في الجوفوى معقدة هي بالطبع غير معروفة وقد بحث البعض منذ عدة سنوات بتوسيع هذه الطرائق . وتضعينها عدة مواضيع . وترتكز المعالجات النفسية للجماعات على

ديناميكية العلاقات ما بين الأشخاص . وليست فائدتها سوى اقتصادية وعملية ، فهي تسمح بالفعل بتحليل ردود فعل المريض بالنسبة للبيئة التي تحدث فيها ردود أفعال هذه . وبذلك تسهل هذه المعالجات الوعي الضروري لكل معالجة نفسية فهي تكن أنواعها أو أهدافها الراسخة .

ويتزايد الميل يوماً بعد يوم إلى أخذ البيئة بعين الاعتبار في الأمور العلاجية التمهيدية ، وذلك نتيجة منطقية لتطور الافكار حول الأمراض النفسية . وكل الطرائق التي تستخدم البيئة من أجل اغراض علاجية تدل على معالجة اجتماعية حقيقية . وإذا كنا قد اعترفنا منذ وقت بعيد للعمل بطور إيجابي فهو لم يصبح علاجاً إلا منذ وقت قريب . ويمكن ان يقال الشيء نفسه عن التقنيات التي تستدعي التعبير الشفهي أو اللعب ونذكر كذلك في نطاق أوسع كل إجراءات ومحاولات التأثير على البيئة فهي جميعها ترمى إلى إعادة تكيف الشخص . وسنستسح الظروف للرجوع إلى هذه الأمور .

### 3 - وسائل العمل

ان التغيرات الطرئة على صعيد تنظيم مساعدة المرضى النفسيين لا تقوم إلا بعكس للتطور الذي يؤدي على الصعيد المذهبي إلى فهم أفضل للعوامل المرضية النفسية ، وعلى الصعيد العلاجي إلى طرائق معالجة أكثر فعالية ، وهذه التغيرات هي التي تشهد على التعديلات الأساسية التي طرأت على الطب النفسي ، وهي التي تساعد في التعرف إلى التقدم الحاصل ، كما تساعدنا في تقدير ما بقي علينا عمله . وتعرض هذه التعديلات قبل كل شيء للمؤسسات القائمة ومن بينها مستشفى الطب العقلي .

فعمد مدة طويلة وحتى يومنا هذا كانت تنحصر المساعدة في العديد من البلدان بمستشفى الطب النفسي ومستشفى المجانين القديم الذي اتخذ اسماً آخر دون ان يغير في الحقيقة طبيعته . وإذا نظرنا إلى إمكانيات

المعالجة المحدودة تبين لنا انه لم يكن هناك من حل آخر سوى عزل المرضى بعيداً عن المجموعة البشرية . فليس من المصادفة إذاً ان تكون قد ظهرت تلك الابنية التي لها شكل سجون القرون الوسطى ، بقضبان شبائيكها وفي العديد من الأحوال بالشرطة على أبوابها . وليس من المصادفة أن نرى فيها آلاف الأفراد المقيمين بعيداً عن التجمعات البشرية وكان ذلك من أجل تدليل أفضل على جنونهم . وهذه المستشفيات المنفردة ترمز تماماً إلى مبدأ المساعدة الطبية النفسية لعصر لم ينته لأن كلياً هو عصر عزل المرضى .

وقد فهم الناس تدريجياً أن المستشفى بالشكل الذي كانت عليه والذي تصورهما به القدماء كانت تنسي المرض أكثر عما كانت تساهم في شفائه ، فكان عليها أن تتبدل أمام المقتضيات الجديدة . وقد اكتشف الناس أنه لا يوجد حل واحد لمشكلة الأمراض العقلية وأنه ليس من صيغة تصلح لكل مكان وتميز للمجتمع أن يتخلى عن مسؤولياته . وشيئاً فشيئاً تلقى مذهب حق للمساعدة الطبية النفسية انطلاقاً من تلك المعلومات المكتسبة . وسوف نحاول تعيين لمميزات الأكثر أهمية لهذه النظرية .

أن برنامجاً لمساعدة طبية عقلية مجدية يتناسب مع مهام محددة . وهذه المهام تنجم عن مبادئ علاجية حديثة . وهكذا أصبح الاستشفاء المتبع منذ وقت بعيد إحراء شاذاً ؛ فحين يفرض يجب أن يكون فرضه لمدة قصيرة وألا يؤدي إلى انقطاع المريض عن بيئته . وهذا يفترض خدمات من نوع جديد تختلف عن خدمات المستشفى التقليدية . كما أن هناك مجالاً لمعالجة المرض طيلة مدة تفاعله وليس فقط في الفترة الحادة منه . لذلك وجب إعلام الهيئات المعنية بالأمر .

وهناك خاصية أخرى هي الاتجاه المتعدد الاختصاصات ، فلم يعد الطبيب النفسي وحيداً إن على الصعيد العيادي أو على الصعيد الإداري لأن هناك ميلاً للعمل ، ولأن المرض يرتبط بالطبع بإطار اجتماعي كما أن

لاختصاصيين آخرين دوراً عليهم أن يقوموا به . فعالم النفس والمرضى والمرضة والمساعدة الاجتماعية يكونون جزءاً لا يتجزأ من النواة المهنية التي بدونها لا يمكن لخدمة طبية نفسية أن تعمل بفعالية . وفي العديد من الحالات يجب أن يحاط علماً كل من المعالجين بواسطة العمل ، والمرين وعلما الجريمة ومعيدي النظر في التربية .

وهناك خاصية ثالثة هي الدور الذي يتعاطم على الدوام والذي يقوم به طب نفس الولد وكل الخدمات المتعلقة به . وإن برنامجاً للمساعدة الطبية النفسية يحمل مظهراً جوهرياً كهذا ليس ناقصاً فحسب ولكنه عائب في أساسه بالذات . فمن العيب أن نكرر ما للسنوات الأولى في الحياة من أهمية في تكوين الشخصية . ولكنه من المهم على الأخص في الطفولة أن نعين العولرض المرضية في الوقت الملائم ، وأن نتعرف إلى صعوبات التكيف ، وإن نقوم عند الاقتضاء بتطبيق لمعالجات أو الإجراءات اللازمة .

ويشكل الاهتمام بالعوامل الثقافية عند تنظيم أو تنفيذ برنامج للمساعدة خاصية رابعة . فليس هناك من طرائق يمكن أن تطبق بشكل مفصل عن إطار البيئة . ليس لأن هذا النظام أو ذلك النوع من الخدمة يبدو فعلاً لكي ينقل تلقائياً إلى بلد آخر . فكل شيء يتأثر بالحاجات والثقافات المحلية . ولا تشكل المقاييس الموضوعية قواعد مطلقة لذا يجب أن نحور وتكيف أنواع المساعدة للمرضى العقبيين وفقاً للظروف والبيئات المختلفة .

وأخيراً نحدد الإشارة إلى نزعة تحمل معها ربما اصالة حقيقية للمساعدة الطبية النفسية الحديثة . وتقوم هذه النزعة على التكامل بين برامج الصحة العقلية وبرامج التنظيم الصحي .

ولكن كيف يكون برنامج الوقاية الصحية العامة كاملاً بدون وقاية عقلية ؟ لا يمكن أن يكون هناك ، منطقياً ، قطاعات مجزأة في الأجهزة

التي يتبناها بلد من البلدان لحماية صحة مواطنيه . وهكذا لا يمكن أن يوجد طب حقيقي بدون الطب النفسي والعكس بالعكس .

يبقى أنه ، لأسباب تاريخية ، توسعت برامج المساعدة الطبية العقلية بمعزل عن برامج الصحة . ولا يزال مبدأ العزل قائماً حتى على الصعيد الإداري وأن العائق الكبير في العديد من الحالات هو الجهاز التشريعي الذي ليس على مستوى الأحداث .

#### 4 - الوقاية

اين تكمن الوقاية في هذا المخطط الذي عرضناه ؟ إنها تظهر في الوقت الذي يبدأ فيه التعرف على العوامل المسببة للأمراض العقلية . ومع هذا لا نكتسب الوقاية أهمية حقيقية إلا عندما يسمح التقدم العلاجي بالتدخل بنجاح متزايد . وهذا يعني أن الوقاية غير منفصلة عن المعالجة ؛ فلهذه الأخيرة مفهوم أكثر اتساعاً من الماضي ، حيث كانت غالباً ما تعود إلى تجرع للأدوية أو إلى تدخلات محدودة تماماً .

أن مفهوم الوقاية مأخوذ من علم الوقاية العامة ، فإذا كان تطبيقه على ما يخص الطب النفسي هو الذي يستوفينا فهناك فائدة في تحديده بالنسبة إلى الطب في مجمله . وتعتز الوقاية امكانية مراقبة ظهور وتطور المرض وهذا يؤدي إلى مجموعة من الطرائق والتقنيات التي تسمح بالتأثير على مختلف مراحل العملية المرضية فنحن مدعوون إلى أن نميز مختلف أصعدة الوقاية حسب الأهداف المطلوبة .

ولنأخذ مثلاً لمرض معروف تماماً كالتيفوئيد . فبإمكاننا القضاء على العامل الذي يولده ، بالنظر إلى بكتيريا ابرت «EBERTH» بتبني بعض الإجراءات الوقائية . وبإستطاعتنا بالتالي خلق مناعة في الجسم ضد الإصابة بالمرض بواسطة تلقيح معين . ففي الحالتين نمنع ظهور المرض مما يترجم في الاحصائيات الحياتية بنقصان عدد الإصابات . وهذا ما يعرف بالوقاية الأولية . وإذا ظهر المرض وحشدت كل الطاقات لمعالجته بشكل

يجعله يستمر أقل وقت ممكن نكون قد ملرنا وقاية تعرف بلها ثانوية ، وهناك صعيد ثالث هو الوقاية الثلاثية التي تقوم على اتقاء عواقب المرض وتسهيل العودة إلى الحياة العادية .

ان الوقاية الأولية تتعلق حكماً بعلم أسباب المرض فهي تفترض معرفة أسباب المرض وإيجاد وسائل تساعد في التأثير عليها بفعالية فلم تختره مصادفة التيفوئيد كمثال لأن الامراض المعدية تؤلف المجال المفضل لهذا النوع من الوقاية . وتبني الوقاية الثانوية بشكل أساسي على المعايير والمعالجة المبكرتين . فهي تجيز التدخل في عوامل لا يكون أصلها معروفاً في كل الأحيان كما في الأمراض القلبية - العرقية . وتتضمن الوقاية الثلاثية كل الاحراءات المخصصة لمنع المرض من الانتقال إلى المرحلة المرمية وللصدي لعدم الكفاية الوظيفية .

ومن هذا الادراك للوقاية يبرز حدث مهم جداً يظهر مدى تطور الطب منذ جيل أو جيلين . فلم يعد الطبيب مسؤولاً لوحده عن حالة السكان الصحية وإذا كان لا يزال يلعب دوراً أساسياً في هذا المجال فهو مع ذلك يؤلف جزءاً من الأجهزة الصحية المنتشرة التي تتضمن خدمات متنوعة . وقطاع الوقاية الثانوية هو قطاع طبي بالتأكيد ، وبالمقابل فإن الوقاية الأولية ، وبدرجة أقل وبم الوقاية الثلاثية ، تستدعي إجراءات عامة تتعلق بالسلطات العامة وتؤدي إلى تدخل الاختصاصيين من غير الأطباء . فلنفكر هنا في حملات استئصال الملاريا . فإذا كان لكشف عن المرض ومعالجته (وقاية ثانوية) يدلّ أن علم الطب فإن التصدي للطفلي موضوع البحث أي بعوضة الملاريا هو (وقاية أولية) يتعلق من ضمن ما يتعلق بالهندس الصحي أو المدني . أما بالنسبة لإعادة تكيف المرضى المعاقين فذلك (وقاية ثلاثية) تفترض إجراءات اجتناعية وافية تضاف إلى التدخل الطبي .

وتصبح المبادئ ذاتها في الطب النفسي . ومع هذا فإن الوقاية الأولية بالمعنى الدقيق نادرة ، لأن الغالبية العظمى من العوارض النفسية المرضية



لا نعرف أصيلاً المرصية الدقيقة ، إلا أن إزمان بعض هذه الأمراض ذات الأصل العضوي والحاملة في طيها علم الأعراض العقلية تعود إلى هذا النوع من الوقاية . وهذه هي الحال في أمراض الذهان السام (psychoses) وبعض أمراض القصور والشلل العام المتأخر عن ميقلس عصبي وهذه كلها في الحقيقة تقع في نطاق التقنيات الطبية . ولكن الوقاية الأولية تفهم اليوم من وجهة نظر أوسع فهي تتألف من كل الإجراءات الفردية أو الجماعية التي تهدف إلى خلق أفضل الشروط الممكنة للصحة العقلية ، وللتصدي للعوامل التي قد تؤثر بشكل غير مستحب على هذه الصحة علماً بأننا نأخذ الظروف بعين الاعتبار .

والوقتان الثانوية والثلاثية تقعان على طريقتين من تاريخ الطبيعى للمرض ، في البداية والنهاية . وتطبق ذات الأصول التي تطبق في قطاعات الطب الأخرى لذلك يجب التعرف على المرض ومعالجته في أبكر وقت ممكن . ويجب أن ندفع بكل قوانا لتفادي المضاعفات ولتسهيل استعادة الصحة ، وهذه الخطوات وثيقة الصلة ببعضها وتتعلق بتنظيم المساعدة الطبية النفسية .

### المساعدة الطبية النفسية

لا تفهم المساعدة الطبية النفسية الحديثة بدون شبكة من الخدمات المتعددة وفقاً للضرورات العلاجية وحاجات المرضى . وتعتبر هذه الخدمات على الصعيد العملي عن المبادئ التي نكلمنا عنها . وسدروس البنيات الأكثر استعمالاً بشكل عام وسطحي للغاية .

وليس لهذه البنى في حال كونها منفردة ، سوى قيمة محدودة . فلنكون فعالاً يجب ان يترابط بعضها مع بعض داخل مجموعة كبيرة وسنرى كيف يتحقق الارتباط الوظيفي لمختلف فروع المساعدة الطبية النفسية . ثم مستكلم عن البرامج المقترحة . فهذه البرامج هي التي تعطي في النهاية قيمتها لأفصل البنى وهي التي تضعها في الإطار العام للعمل الوقائي .

#### 1 - الخدمات داخل المستشفى وخارجها

إن مستشفى الطب النفسي هي مركز للمعالجة ولإعادة التكيف ، فهندستها وكذلك تنظيمها المادي ، جديران ببعض هذه الوظائف الجديدة ممكنة . فمن حيث المبدأ ، يجب ألا تضم المستشفى الطبية النفسية أكثر من ثلاثمائة إلى خمسمائة سرير . فعند تخطي هذا الرقم الأخير - للمعتبر كحد أعلى - يصبح من الصعب ان نبقي للمستشفى صفاتها الإنسانية وتكون الإدارة فيها أقل كلفة كما تدل الدراسات الحديثة على ذلك . وينعين علينا أن نتحسب للمدة الضرورية

للمعالجات ، ولأوقات الفراغ ، وللاهتمام بالعلاج . وننصح بان يُنشأ فيها وحدات علاجية من عشرين إلى ثلاثين مريضاً . فبينما كانت المستشفى التقليدية شبه معرولة بشكل دائم تقريباً ، نرى المستشفى الحديثة متصلة في الجماعة وعلى صلة وثيقة ووظيفة بها .

ويصبح الاستشفاء بحد ذاته معالجة . وقد نشأت معالجة جديدة يقال لها معالجة داخل المؤسسة (مؤسسية وهي تشمل الطرائق التي تسهل إزالة الجون وإعادة التكيف الاجتماعي للمريض . وتكوّن البيئة الاستشفائية مجتمعاً خاصاً له قوانينه الخاصة . ويمكن استخدام البيئة والنشاطات المختلفة من هو وعمل وصلات مع الخارج واتصالات متبادلة بين المرضى والهيئة المشرفة على المعالجة ، من أجل غايات علاجية نفسية تضاف إلى نتائجها المعالجات المعتادة . وهناك ميل لتسهيل خلق بنى يشترك فيها المرضى ويكون لها أيضاً ، أكثر من ذلك ، مدلول تكيف جديد ، كلجنة أو هيئة تنظيمية أو ناد مثلاً .

وهذا الوصف يبقى نظرياً إلى حد ما ، ويصور مثلاً أعلى صعب المثال ، فتركة الماضي تنبج بثقلها . والمستشفيات المبنية منذ 30 سنة هي صعبة التعديل تبعاً للحاجات الجديدة . فإذا لم يكن إصلاحها ممكن دائماً ، فمن الممكن ان نحسّن الحو فيها على ضوء المعطيات الحديثة . والمهم أن نتبنى سياسة تدعى «سياسة الباب المفتوح» التي تصبح بفضلها الخدمات المتعلقة ، أي الخدمات التي يخضع فيها المرضى لرقابة دقيقة جداً ، ولا يستطيعون ان يفلتوا منها ، شاذة عوضاً عن أن تكون هي القاعدة . تلك هي الخطوة الأولى نحو إعادة تقييم المستشفى .

ومنذ عدة سنوات ، ظهر نوع جديد من الخدمة الاستشفائية ، هو الخدمة الطبية النفسية في المستشفى العام . وهذه الصيغة المنتشرة في أميركا أكثر من فرنسا تعرف رواجاً متصاعداً ، فالحسّنات تتضاعف ومدة الاستشفاء تقصر والصلة بالبيئة المجاورة تبقى في أفضل الظروف الممكنة . وتؤمن للحالات الحادة معالجة سريعة تميل إلى الأزمان أقل من

الماضي . ويشكل مرضى الطب العقلي على الأخص عينة مختارة تعامل من بعض الأوجه تقريباً كما يعامل المرضى الآخرون .

وهناك بنية قرية تتمثل بالمستشفى النهارية . وهذه المستشفى تكون منزلة أو مرتبطة أيضاً بالمستشفى العام ، ان لم يكن بمستشفى الطب النفسي . فيمضي فيها المرضى النهار فقط ويستغيثون من ذات الامكانيات العلاجية كما لو كانوا داخل المستشفى . وهذا حل طيع واقتصادي معاً ، ومن جملة حسناته انه يؤمن من ديمومة العناية ، ويتأصل في البيئة الاجتماعية العائلية . وقد جُرب بنجاح في عديد من البلدان . ففي فرنسا كان أول إنجاز من هذا النوع مستشفى إيلان (Elan) النهاري في باريس . وهناك احتمال يقضي بأن يضاف إليها مستشفى ليلي ، فيستعمل التجهيز نفسه مرتين . وقد أنشئ أحد أوائل هذه المراكز في مستشفى مونريال العام في كندا .

وكل هذه الصيغ التي تركز على مبدأ الاستشفاء الكامل أو الجزئي يجب أن تتبعها خدمات خارج المستشفى . ولهذه الخدمات وظيفة مزدوجة في الكشف الباكر عن المرض وتحمل مسؤولية المرضى . وقد يعني تحمل مسؤولية المريض نقله إلى المستشفى عند الاقتضاء أو معالجته بطريقة نقالة . ويضم الفريق الذي يقوم بالعناية على الأقل ، علاوة على الطبيب النفسي وهيئة التمريض عالم نفس ومساعدة اجتماعية . وهناك أنواع عديدة من الخدمات خارج المستشفى . استشارات مرتبطة بدائرة من دوائر مستشفى عام أو مستشفى طب عقلي ، ومستوصف مستقل ومركز للصحة العقلية .

وتضاف إلى البنى القائمة خدمات الطوارئ التي تفرض نفسها دائماً في الأوساط المكتظة جداً بالسكان . وتنظم هذه الخدمات بطريقة تمكنها من العمل ليلاً نهاراً ، وتأمين كل الاستشارات الطارئة ، وهذا يعني المعالجة المباشرة أو الاحالة السريعة إلى المستشفى . ويضاف إلى هذه الخدمات في بعض الحالات وحدة تتضمن بعض الأسرة وتسمح بمراقبة

هذه الحالات . ويجب أن يوضع تحت تصرف هذه الهيئة (طبيب نفسي مساعد) وسيارات اسعاف وان تستطيع الانتقال إلى المنزل عند الضرورة القصوى . وتوجد منذ عدة سنوات بنى كهله في بعض المدن الكبرى . ففي امستردام مثلاً ، تلحق هذه البنى بتنظيم خدمات العناية داخل المنزل . وتسعح هذه الصيغة الأخيرة المجربة أيضاً في فرنسا بالتصدي للازدحام في المستشفيات .

ان برنامجاً شاملاً للمساعدة يجب ان يأخذ بعين الاعتبار مشكلة إعادة انصواء المريض في المجتمع . ولهذا الغاية وضع عدد ضخم من الصيغ موضع التنفيذ وتؤلف هذه الصيغ باسمائها المختلفة - بيت مخفور ، مركز للعناية المسبقة ، مركز إعادة تكيف ، نادٍ اجتماعي - نوعاً من مرحلة وسيطة بين المستشفى والعالم الخارجي . فعوضاً عن ان يقذف بمستشفى الأمر في خضم الحياة ، في وقت لا يزال فيه طري العود ويكون غالباً مقطوع الأواصر العائلية ، فإنه يُستقبل اليوم بشكل انتقالي في وسط تسهل البيئة العلاجية فيه إعادة انصوائه في مجتمعه ويستطيع ان يتابع تحسنه بفصل الإحاطة الطبية الاجتماعية وشاطات الفرقة وإجراءات إعادة التكيف . ويلعب المشغل المخفور ، وهو بيئة انتقالية أخرى ، دوراً مشابهاً . فهو يهدف إلى تسهيل إعادة التكيف مع العمل وإعادة تصنيف المهني . وبهذا المعنى يختلف عن دائرة الاهتمام العلاجية التي تدخل في نطاق المعالجة بمعناها الصحيح . وهذه صيغة يصعب تحقيقها فهي تفرض العديد من المساعدات وتفترض وجود هيئة مميزة وذات خبرة . ونجد من هذه الهيئة امثالاً بارزة في انكلترا واوراضي الولاية وفي الاتحاد السوفياتي . ففي فرنسا لا يزال هذا النوع من الانجازات نادراً جداً . ونذكر تجربة لها أهمية خاصة ، لأنها تتوجه إلى البيئة الريفية ، وهي : مركز العناية المسبقة وإعادة التكيف الاجتماعي والزراعي في الغرب .

## 2 - الخدمات الخاصة

لا تنحصر المساعدة الطبية لنفسية بهذه الهيئات فهي تشمل ايضاً خدمات خاصة تلبي طبيعة العوامل النفسية المرضية ومختلف فئات الأعمار . فإذا بقيت المادى الأساسية قَيمة ، فإن بعض التغيرات تَرى انور . وهذه حالة دوائر خدمات الأولاد ودوائر خدمات المسنين ودوائر خدمات المرضى المزمنين .

وهذا يطبق ايضاً على بعض الفئات ذات التصنيف المرضي التي تطرح مثلاً مشاكل خاصة ، كالتأخر العقلي والامعان على الكحول وداء النقطة .

ودوائر خدمات الأولاد لا تختلف كثيراً عن دوائر خدمات البالغين . فلإننا نجد ذات البنى داخل المستشفى وخارجها ، ومع هذا تختلف الأعمال العلاجية التمهيدية اختلافاً أساسياً . فالولد ليس مجرد مُصغر للراشد ، لأنه في أوج نموه يتعين أن نطرح سبباً توفر إمكانات مدرسية ملائمة ، لأن الولد يتعلق تقريباً ببيته العائلية لوحدها ، لذا تعطى الافضلية للمعالجات في المنزل أو إذا اقتضى الأمر وضع الولد في بيوت للتغذية .

وعلى سبيل الذكر ، نذكر إنجازاً مهماً جداً يتعلق بمقاطعة جنيف في سويسرا ، فالأمر يعود إلى الدائرة الطبية التربوية الشاملة والمنظمة تماماً التي تشتمل على قطاعات ثلاثة : قطاع التفصي عن المرض الذي يتضمن تسهيلات لمعالجة الدوارة ، وقطاع التربية لمخصصة الذي ينقسم إلى صفوف خاصة مرتبطة بالمدارس ، وإلى مؤسسات لكل منها اختصاص معين ، وإلى قطاع ابحاث وتعليم لإعداد وتكامل الهيئة الطبية والهيئات التي إلى جانبها .

أما بالنسبة للمسنين الذين لا يكف عنهم عن الأزدیاد بسبب تزايد طول العمر ، فإنهم يتطلبون أيضاً خدمات غب الطلب ، وغالباً ما

تتضمن الأعراض الطبية النفسية المزمنة المرشحة للظهور عناصر عضوية فتبدل كثيراً ، ولسنوات طويلة خلّت كان المرجع الوحيد هؤلاء مستشفى الطب النفسي . أما اليوم فعل صمود مبادئ المساعدة الحديثة ، يمكن لهيئات مختلفة أن توضع في مكان يؤهل المريض من تلقى عناية أفضل تكيفاً . أما الخدمات المتعلقة بأبحاث أمراض الشيخوخة والتي تنتشر في المستشفيات فإنها تهدي الأعراض المبرحة . وفي هذه الأثناء يجب أن يعالج المريض قدر الإمكان في بيته أو في بيت ما ، وهناك مراكز سكنية معدة خصيصاً لإقامة الأشخاص المعمرين . ولا يشار بالاستشفاء إلا عندما يصبح من لضروري إجراء مراقبة طبية ثابتة .

وإحدى أصعب المشكلات التي تطرح على المهتم بالعناية الصحية هي مشكلة الأمراض المزمنة . فقد مال عدد هذه المشاكل إلى التناقص منذ أن وجدت معالجات أكثر فعالية ، وخصوصاً منذ أن تبدلت المستشفى التقليدية . ومع ذلك فإن هذه المشكلة تبقى مهمة .

وبالطبع يستطيع كثير من هؤلاء المرضى أن يتكيفوا بشكل مرض مع بيئة غير استشفائية . فهذه حالة المصابين بانفصام مستقر في الشخصية حتى لا نذكر مثلاً آخر . وفي أية حال فإن كلمة مزمن يجب ألا تثير تشخيصاً غير مشجع قطعياً . فهناك مرضى تحسوا في وقت لم يكن ينتظر شفاؤهم أبداً . وإذا حدث لشخص لعدم استفادة من علاج مكثف فيجب أن لا يجرنا هذا إلى قطع المعالجات .

وقد جريت صيغ شق في هذا الصدد فالبعض منها ليس جديداً في الحقيقة كالإقامة العائلية مثلاً . يستقبل المريض في بيت ريفي في الغالب وتؤمن له رعاية طبية اجتماعية من قبل مركز استشفائي . وتوجد في فرنسا منذ 1891 مراكز دينسير - أوردون (Dunsur Auron) (للنساء) وإيناي لوشاتو (Ainay - le château) (للرجال) . وتقوم صيغة أخرى فريدة من نوعها على تجميع المرضى في قرى ويعهد إليهم جزئياً بالحكم والإدارة . ونذكر مثال قرية المزرعة (Mazraa) في إسرائيل . فهذه الحلول تعزى إما

إلى الإقامة الثابتة وإما إلى الانتقالية ، التي تمثل عددًا من مرحلة نحو العودة إلى التكيف .

وهناك مجال آخر يجب ألا يترك الطبيب النفسي غير مجال وهو مجال التأخر العقلي . فعدد الحالات يتحدد حسب البلدان بـ 3% بالمتنازل نسبة مئوية أكثر ارتفاعاً بين الطلاب في العمر الدراسي . وتختلف المشكلة تبعاً لما يقصد بالتأخرين البالغين أو الأطفال . ففي الحالة الأولى يقتضي غالباً تبني الحلول التي تطبق على للمزمنين ، أما في الحالة الثانية فيجب أن تؤمن عدداً كبيراً من الخدمات ، يكون هدف البعض منها الكشف عن المرضى وتقييم الحالات وهدف البعض الآخر إلى إعادة التربية كالمدراس ، والصفوف المختصة ، والمشاغل المخففة والخدمات داخل المستشفيات وخارجها والإقامات العائلية المختلفة الأنواع . إلخ . ومن البديهي أن مؤازرة العديد من الاختصاصيين الطبيين وغير الطبيين هي ضرورية .

والخدمات التي تقدم للمدمنين على الكحول تشكل جزءاً لا يتجزأ من المساعدة الطبية النفسية . وتوفر طبيعة المشكلة بمظاهرها النفسية المرضية ومظاهرها الاجتماعية وكذلك ميل الأشخاص إلى الوقوع في نفس الانحرافات ، مظهراً خاصاً للحلول المقترحة . ويكون من المناسب التحسب لخدمات بغية معالجة الأعراض الحادة (خدمات داخل المستشفى تسمح بإهتمامات طبية نفسية) وخدمات تسهل العودة إلى التكيف الاجتماعي ، (خدمات خارج المستشفى ، عيادات العناية المبكرة ، نوادٍ اجتماعية) ومن المهم أن تزج العائلة في عملية المعالجة وأن يؤمن استمرار العناية . وفي الحالات القصوى حين يطرأ فساد عضوي ، قد نضطر إلى فرض استشفاء مطول أو فرض إقامة .

ولكي تكون الوقاية كاملة ، يجب أن نواجه عدة أنواع من المساعدة الطبية النفسية . فالذين يقعون بالنقطة ، قد يستبدلون من وصفات تناسب مرضهم ويتطلب مدمنوا المخدرات هيئات عديدة متخصصة



ويحدث الشيء نفسه بالنسبة لجنوح الفتوة والسلوك غير السوي الذي يقع تحت طائلة قانون العقوبات الجزائية ولا مجال للقيام بأكثر من تعداد هذه الأنواع ، فمهما تكن الحلول يجب أن تليى حاجة الجماعة المقصودة وأن تأخذ البيئة الاجتماعية الثقافية بعين الاعتبار .

### 3 - التأزر الوظيفي

أن لجميع الخدمات التي أتينا على ذكرها وظيفة محددة ، فهي تؤلف مجموعة من الإمكانيات العلاجية التي تسمح بتأمين متابعة العناية مع التسبب إلى طبيعة العامل النفسي المرضى ونظوره وظروفه . ولهذا الغاية ، يجب أن تنصهر هذه الخدمات في مجموعة منظمة ، وهذا يفترض تخطيطاً .

وهذا التخطيط ليس مستطاعاً إلا في بعض الظروف فيتعين بالدرجة الأولى أن تعي السلطات العامة المشكلة ، ومن ثم يجب ألا يتعارض التشريع القائم مع برنامج عام . ففي العديد من الحالات لا بد من إعادة نظر بالقانون الصحي . وأخيراً من الضروري أن يكون هناك ملاكات مهنية مهيأة علاوة على الرسائل المادية الملائمة . وهذا يفترض درجة معينة من الإنماء الاقتصادي . فالتقرير العاشر لجمعية خبراء الصحة العقلية للتنظيم العالمي للصحة يوصي حتى بتوجيه النداء إلى المختصين بالتخطيط الصناعي .

ولا يوجد صيغة جاهزة تسمح بتطبيق برنامج لهذا البلد أو تلك المنطقة دون إعداد مسبق . ومع هذا من الممكن اقتراح بعض المبادئ العامة . وهكذا نفصح المجال لأن نخلق داخل وزارات لصحة هيئة مركزية تكلف بإعداد البرامج وتوجيهها . وتعين من ثم أن نسهل إعداد ملاك طبي وآخر يسانده ، حتى قبل وضع بني المساعدة في موضعها .

وبدعي أن المشكلة تطرح بشكل أو بآخر ، تبعاً لما يقصد بالبلدان النامية حيث المساعدة الطبية النفسية موجودة منذ فترة طويلة أو البلدان

التي هي في طور النمو والتي يقى عليها عمل كل شيء .

إن فهم مخطط ما، ووضع موصع التنفيذ يفترضان معرفة عميقة بحاجات الجماعة . فمن الضروري إذاً أن نضع بتصرفنا إحصائيات حياتية ومعطيات قيمة عن علم أوبئة الأمراض العقلية وخصائصها الأساسية في محيط معين . ويجب أن نقوم أيضاً بجردة لمصادر الثروة . فانطلاقاً من هذه العناصر فقط ، يمكننا أن نجدد الأفضليات . فمن المستحيل إجمالاً تحقيق كل شيء في ذات الوقت ، وهذا ما يفرض علينا أحياناً أن نقوم باختيار صعب ويتبدل نظام هذه الأفضليات تبعاً للدرجة غور البلد ونوعية المساعدة لطبية النفسية . ويكتفي أحياناً بتحديث وتكميل النى القائمة ، وأحياناً بحج التحلي وقتياً عن بعض الخدمات على حساب خدمات أخرى أكثر إلحاحاً .

فكيف نحقق مآزر البرامج ؟ هناك حلان : الأول يرمي إلى أن نمدد عمل المستشفى الطبية النفسية بالجوء إلى خدمات خارج المستشفى نخدم بذلك المنطقة المجاورة ؛ والثاني يقوم على أن نعد فرقاً طبية اجتماعية لحماية الصحة النفسية ، وأن نلقي عليها المسؤولية الكاملة لكل المشكلات الطبية النفسية بجموعة ما . ويوضع بتصرف هذه الفرق ، من حيث المبدأ . سلسلة من المنظمات تسمح لها بمعالجة المريض حتى إعادة انطوائه في المجتمع . وهكذا يصبح مستشفى الطب النفسي وسيلة بين الوسائل الأخرى . فمن المؤكد أن هذه الصيغة الأخيرة هي الفضلى وهي التي تهتم أكثر من سواها بالمبادئ الحديثة للمساعدة .

إن معظم الإنجازات القائمة في كل العالم تقريباً ، تنأى عن هذا التأزر وسكتفي بذكر بعض الكلمات عن لتجربة الفرنسية . فهذه التجربة تظهر جيداً الميل إلى مثل هذا التكامل . أن برنامج التنظيم والتجهيز المتعلق بالتصدي للأمراض العقلية (تعايم وزارة الصحة في 15 آذار 1960 و 27 آب 1963) يحدد طرق ارتباط نشاطات الصحة النفسية في القاطاعات الجغرافية والسكانية . فهذه التجربة مثلاً توصي بتأسيس

مراكز وقاية عقلية ، تعهد لفرق طبية اجتماعية في كل مراكز الأفضية والمدن المهمة أيضاً التي تعد أكثر من 20,000 نفس .

ويبدو الاختبار الرائد في الدائرة الثالثة عشرة في باريس كنموذج لهذا النوع من التنظيم إلى قطاعات ويتضمن الجهاز مركز استشارات للبالغين ، يتعلق به مستوصف لمعالجة المدمنين على الكحول ومركز استشارات للأولاد ، ومستشفى نهارى مع مشغل علاجي للبالغين ، ومستشفى نهارى للأولاد ، ومستشفى طبي نفسي يتسع لثلاثي سرير لخدمة القطاع ، ومستوصفات ، وخدمات طبية تربوية ونوادٍ للمرضى القدامى .

والدائرة مقسمة إلى ثلاث قطاعات دنيا تحوي تقريباً 60,000 نفس وكل منها تعهد إلى فريق طبي اجتماعي وتؤمن هذه الفرق، انطلاقاً من مركز للبالغين ومركز للأولاد ، الإستشارات ، والعناية الدائرة (من معالجات بيولوجية ، ومعالجات نفسية ، وإعادة التربية والإسترخاء) والعناية في المنزل والعناية في الحالات الطارئة . ويأخذ الفريق ذاته على عاتقه المسؤولية الكاملة عن المريض منذ قبوله وحتى تحليه سبله ، ويتبعه عبر المؤسسات المختلفة لهذا القطاع .

وأن التعاون الوثيق بين مركز الصحة النفسية للبالغين ومركز الأولاد ، مما يسهل معالجة الأهل عند الإقتضاء . وأن التوجيه على سائر الأصعدة ، هو علاجي - نفسي ويستخدم فيه تقنيات إعادة صقل اللغة والعملية الحركية النفسية استخداماً واسعاً .

#### 4 - البرامج

يتعين على برامج التجهيز فيما يتعلق بالصحة النفسية أن تكون ذات أغراض محدودة . فيجب أن تكون واقعية ، أي أن تأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات الواقعية للبلاد ، وأن تشر تدريجياً ، انطلاقاً من الوسائل المتوافرة ، ونجد هذه المناهج إطاراً لها في الوقاية الثانوية والوقاية الثلاثية .

فهي تهدف من هذه الوجهة ، إلى تقليص مدة الأمراض العقلية بالمدخلات التي تعني بالمراحل المختلفة للعامل المرضى .

وتتعلق فعالية هذه البرامج ، ليس فقط بالطرائق العلاجية المستعملة ، وإنما بمجموعة من التقنيات والإجراءات الاجتماعية التي تنجم عن الوقاية العامة . فقد ولّى اليوم الذي كان يكفي فيه الطبيب النفسي بأن ينتظر مجيء المريض ليستشيره ، فعليه اليوم أن يذهب ليفتش عن المريض هو . وتساعد بنات المساعدة الطبية النفسية الحديثة على الإضطلاع بهذه المسؤولية الجديدة . فقد أصبح الطب النفسي اجتماعياً وهو يتغلغل في المجموعة .

ويتحقق الوقاء الثانوي بفضل المعاينة الباكورة والمعالجة السريعة الملائمة ، وللأسف لا تزال المعاينة في حالة الطب النفسي الراهنة معقدة نوعاً ما . فهي تتطلب فحص عيادياً دقيقاً . وهي تفرض معرفة عميقة بحيط المريض ، وكل هذا يتطلب وقتاً طويلاً . وإذا كانت الروايز النفسية تقدم مساعدة قيمة ، فإنها لا تحل أبداً محل الاستشارة الطبية النفسية . فهل المقصود أنه ليس من أمل بتحسين تقنيات المعاينة ؟ بما أن هذه التقنيات مرتبطة بالطبيب النفسي وترتكز على الطريقة الكلاسيكية للمقابلة ، ففي هذا المعنى يجب أن نحاول التأثير على هذين العاملين ومن الممكن أن نخفي إعداد الطبيب النفسي بأن نلفت انتباهه أكثر إلى المظاهر الاجتماعية للأمراض العقلية . فهناك مجال أوسع لأن نشرك الفريق الطبي الاجتماعي بكامله في تحديد المعاينة .

أما بالنسبة للمعالجة فإنها مرتبطة بالنبي القائمة داخل المستشفيات وخارجها ، وبالطرائق العلاجية المألوفة . وتبقى هذه المعالجة في معظم الحالات تجريبية . يفرض إذا اختيار من الاختيارات ، وتعلق الأهمية في إطار برنامج الوقاية على الإقتصاد في الوسائل لقاء الفعالية المناسبة . وتخلق المعالجات البيولوجية قليلاً من المصاعب . وبالرغم من بعض التعارض في الرأي فإن تعليقات هذه المعالجات البيولوجية محددة بوضوح

نام . وبالمقابل ، فالمعالجات النفسية مرتبطة أكثر بكثير بالتقسيم الفردي والمفاهيم المذهبية . ومن المناسب اختيار الطرائق السريعة ، والمعالجات النفسية التي لها طابع الدعم ، أو المعالجات النفسية ذات المنطلق التحليلي . وعلى الصعيد العملي ، فالتأثير في التي يجب أن توجهنا .

ومن البديهي أن العناية لا تكون مبكرة ونافعة إلا إذا وضع المريض على صلة بدوائر الخدمات الطبية النفسية منذ بداية مرضه . وعلى برنامج الوقاية أن يقدم إذن تهيئات بهذا المعنى . والأمريبي . فعلينا ، انطلاقاً من البنى ، القائمة مع الإنتباه إلى طاقة الإستيعاب لدى هذه الدوائر ، أن نشجع الإستشارات وننظم التقصي المنهجي عن المرض . وبحال المريض النفسي في العادة (إلى طبيب نفسي) بواسطة طبيبه ، أو الدائرة الإستشفائية ، أ عائلته أو أصدقائه أو مخدميه . وقد يكون مرصلاً أيضاً من قبل هيئة اجتماعية أو دائرة ، فهناك فائدة في أن نعلم مختلف هذه المجموعات عن إشارات بداية العوارض المرضية . تلك مسألة تربية صحية في ميدان الصحة النفسية .

والأمر ليس سهلاً بالنسبة للكشف عن المرض ، فلا يوجد رائز أو امتحان مشابه لتلك الروائز التي تستخدم في حملات الوقاية من السل . فيجب أن نعود بشكل شبه دائم إلى تقنية المقابلة فهي قد تكون أحد الأسباب التي بسببها في معظم الأحيان ، ينحصر الكشف عن المرض بمجموعات خاصة (كالدرسة) أو يحدث بمناسبة انتقاء موظفين (للجيش أو المعلم) . وفي الحالة الراهنة ، بحسب معدوماتنا ، يجب الإعراف بأن لهذا الكشف عن المرض دور محدود .

وبما أن الوقاية الثلاثية تتوجه إلى التقليل من عواقب المرض . فهي تتعلق تعلقاً دقيقاً بالخدمات التي تسبق العناية وبمختلف الصبغ التي تسمح بإعادة التربية ، كإعادة التكيف مثلاً . ونبدأ الوقاية حال تعهد المريض . وعلى المعالجة أن تركز حول إعادة الإنصواء الاجتماعي والآخر فلأنها تفقد معناها كلياً . وتتم هذه الوقاية ، على أفضل وجه ، عندما يتبع

ذات الفريق المعالج المريض طيلة مرضه . ونكرر ، أن هذا ليس مستطاعاً إلا بفضل ترابط البنيات داخل برنامج المساعدة الطبية النفسية .

وورد برنامج الوقاية الثلاثية إلى قواعد ثلاث تدعم المبادئ العلاجية . تجنب قطع العلاقة مع المحيط المحاورة ، تكيف المريض للعودة إلى بيئته ، وإعداد هذه البيئة لاستقباله . فلا يكفي أن تقدم البنيات مساعدة في ذلك ، فعلى الفريق الطبي الاجتماعي أن يفتح الحياة في هذه البنيات ، ويفترض تجنب قطع العلاقة استشفاء قصيراً ومعالجة في البيئة عندما يستطاع ذلك ، واللجوء إلى خدمات خارج المستشفى ، والعلاقة العادية المعقدة مباشرة مع المحيط ، وقدرة المريض على الاستفادة ، وهو تحت المراقبة ، من تحلية سبيل تحريرية واسهام العائلة في مراحل المعالجة . ويتعين على الطبيب النفسي ومساعديه أن يضعوا في ذهنهم دائماً واقعاً هو أنهم لا يعنون بمرضى منعزل ، عنده هذا القدر من المرض النفسي ، وإنما بمرضى موجود في وضع معين له امتداداته بين الأشخاص وحوازمه الاجتماعية .

وسيكون من السهولة بمكان إنجاح إعادة الانضمام الاجتماعي ، حتى أن المريض سيجر تدريجياً إلى ذلك . فالإستخدام النفسي للإمكانات إعادة التكيف ، والمقدار الحكيم لمختلف الصيغ يساعد على تجنب الركود والإسراع في العودة ، إلى الحياة العادية ، وهذا ضروري خاصة عندما يتذكر المرء نزعة الأمراض النفسية للانتقال إلى مرحلة الإزمان ، وهذه المرحلة هي من وجهات نظر عدة ، الأهم منذ تعهد المريض . فهي تفترض بالطبع أن تكون البيئة مهياة لإستقبال المريض ، وإذا كان المحيط المباشر قد علم بالأمر منذ بداية العارض ، وإذا كان قد أوصل إلى الإضطلاع بمسؤولياته ، فإن هذه التهيئة ستحقق دون أية صعوبة تذكر .



### الوقاية الأولية

رأينا أن الوقاية الأولية ، في مفهومها الدقيق ، لا تستعمل كثيراً في الطب النفسي . وهذا لا يعني أنها لا تطبق إلا في الأمراض المزمنة ذات الأسباب المعروفة . فمعظم الأمراض النفسية ولعوارض ذات الأصل الإنفعالي تنأى عن عوامل عديدة يمكن التأثير عليها ، حتى ولو لم يعرف لها سبب وحيد وواضح .

وهناك مجال لأن نتساءل عن معنى هذا النوع من الوقاية ، وأن نحاول استجلاء حدودها . فلا نستطيع ، إلا بعد ذلك ، أن نرى كيف تتحقق هذه الوقاية عبر أية بيئات ومساعدة أية برامج . لذا يجب أن نناول هذه الدراسة بذهن ناقد . فنشاطات الصحة النفسية ، غالباً ما تثير بالفعل حماساً مفرطاً . فهي تعرض طوعاً كدواء شافٍ لكل الأمراض ، تحرك العديد من أصحاب النوبا الطيبة الذين ليسوا دائماً على اطلاع كافٍ ، وهنا يبدو أن تقييماً واقعياً بدأ يفرض نفسه .

#### ١ - معنى الوقاية وحدودها

لقد أبرزت دراسات للشخصية والعوامل التي تؤثر في تكوينها حدثاً مهماً . فلنكني بنمو الكائن البشري ويبقى على مستوى مرضٍ من الصحة النفسية ، عليه أن يعيش ضمن مجموعة من الشروط الملائمة . فعلى ضوء آخر تحليل ، تطابق هذه الشروط عدداً عموماً من الحاجات الأساسية .



وهذه الحاجات هي بادية ذي بدء حاجات مادية ، تتعلق بالبيئة الفيزيائية ، وهي من ثم حاجات نفسية واجتماعية - ثقافية . وعلى علاقة بالبيئة الشريية ، وخصوصاً مع العائلة وأدوار الحياة الاجتماعية المختلفة .

وقد يخطر بالبال أنه إذا صلت هذه الحاجات ، فإن الشخصية تجد نفسها في أدنى حالات المقاومة . وقد تتعرض لظهور إشارات من التوتر ، يرجح أن تؤدي إلى عوارض نفسية مرضية .

وذلك انطلاقاً من عتبة معينة تتأثر بقوة الأنا والتساهل أزاء المكبوتات . وهذا القول بعكس كل العمل الوقائي ، فينتج عن ذلك أن حماية الصحة النفسية تفترض اشباع الحاجات الأساسية . كما ينتج أيضاً أن الوسيلة الفضلى ، إن لم تكن الوحيدة ، لإعاقة ظهور العوارض النفسية المرضية هي البحث في التأثير على الأوضاع المرضية بشكل مناسب .

وتدخل في هذا الإطار كل الإجراءات التي تُسهم في ذلك بدرجات متفاوتة . وهناك فائدة في أن نميز الإجراءات العامة ذات التأثيرات غير المباشرة ، والإجراءات الأكثر تخصصاً التي تعطي لدانها هدفاً أساسياً ، إن لم يكن وحيداً ، هو حماية الصحة العقلية . فالإجراءات الأولى تتجسد في المؤسسات الاجتماعية وتصدر عن الجهاز التشريعي ، والثانية تركز على بنيات المساعدة وتتفق في معظم الأوقات مع خدمات المساعدة أو الاستشارات .

وتفتح الأسس العلمية للوقاية الأولية باباً للنقاش ، فيستحيل ربما أن نبرهن أن تدخلاً معيناً يمنع ظهور العصاب النفسي ، فتعدد الأسباب الممكنة ، وعدم معرفة تأثيراتها الواقعية ، وصعوبة الأبحاث المعمقة تجعل نصيب الفرضية كبيراً ، وهذه الملاحظة لا نفي لدخول نشاطات الصحة العقلية ، فهي بالكاد ترسم حدوداً لها .

ويدوم المتفق عليه ، أن بعض المواقف ، ذات الطابع العائلي أو الاجتماعي يصبحها انعكاس أكر من الأعراض النفسية المرضية . ونحن نعرف مثلاً أن الأولاد المحرومين من العاطفة والعناية ينمون أقل من سواهم ، ويتعرضون فيها بعد ، بنسبة أكبر ، لصعوبات في التكيف عندما لا يكون الأمر مرضاً نفسياً حقيقياً . فالمنطق بالذات بأمرنا بأن نتدخل . ولكن ارتباطاً من هذا النوع لا يسمح لنا بأن نتوصل إلى علاقة . سبب باثر ، وهناك مثل آخر أكثر تعقيداً هو مثل الجنوح الطفولي . فنحن نجهل لماذا يصدر عن ذلك المراق ذلك التصرف . ولكننا نعلم أن عوامل عديدة اجتماعية - ثقافية تتدخل في الأمر . ويمكننا أن نكتشف عند الشخص ، إما مصاعب بسيطة في عدم التكيف ، وإما عناصر مرضية . ألا يكفي هذا لتبني إجراءات قد تؤدي إلى النتائج المرجوة ؟

يبدو إذن أن العمل الوقائي له ما يبرره . ويدون شك ليس بإمكاننا التأثير على الأسباب الحقيقية للعوارض النفسية المرضية ، وتبدو معلوماتنا ، بالمقابل ، واسعة بما فيه الكفاية لتعطي كل معناها للإجراءات تمهيدية عملية . ولقد أشار كتاب عديدون إلى أن الوقاية النفسية تجدد نفسها تقريباً في النقطة التي كانت عليها الوقاية العامة في نهاية القرن الماضي . ففي ذلك الوقت ، كان لعلم بأمر الأمراض مجهولاً بالنسبة لعدد كبير من الأمراض المعدية ، وكان يتم التوصل ، بالرغم من كل ذلك ، إلى استباق حدوثها بفضل نواعد للصحة ناتجة عن مفاهيم غامضة تماماً عن طرق نقل الجرثومة ومصادر العدوى .

وتسبق المعرفة التجريبية عادة المعرفة العلمية . وتاريخ الطب مليء بالأمثلة التي ترمز كيف ظهرت الإرشادات الوقائية ، انطلاقاً من ملاحظات عرضية ، وأن هذه الإرشادات لم تبرز صحتها العلمية إلا بعد ذلك بوقت طويل . ويكفي أن نفكر بالتاريخ الكلاسيكي للجراح الإنكليزي سنو (snow) الذي نزع مقبض مضخة بئر ، كان يزود بالماء

حياً كاملاً من أحياء لندن ، بغية التصدي لوباء الكوليرا ، ولم يكن يعرف هذا إلا علم الكشف عن الأمراض ، ولا علم انتشار وبائها ، ولكنه نجح في التعرف إلى الظروف التي كانت قائمة عند ظهور المرض .

## 2 - الإجراءات العامة

أن الإجراءات العامة التي تثيرها الوقاية الأولية تفرض مجتمعاً واعياً لمسؤولياته ، ومركزاً على القيم الإنسانية ، ومتطوراً كفاية على الصعيد الإقتصادي وكذلك على الصعيد الثقافي . لأن هذه الإجراءات ترتبط بكل التنظيم الاجتماعي لبلد من البلدان ، وهي تتجاوز كثيراً نطاق الطب النفسي ، وتبني عن معارف صادرة عن الأنظمة الأكثر تنوعاً . وهي تستجد بكل المهن التي موضوعها الإنسان ، وتعتبر عن ذاتها بنشاطات تهدف بالتحصر إلى تحسين النظام الاجتماعي .

أما فيما يخص الحاجات المادية ، فنحن نعلم أن الحد الأدنى منها ضروري . يضاف إليها كل ما يؤدي إلى تحسن في مستوى حياة الجماعة . فالصحة للعوز ، وتحسين السكن ، وإعادة النظر في رفع أجور العمل ، تشكل العديد من الأمثلة . وكل ما يسهم في رفع مستوى الصحة أيضاً ، من تحسين الوقاية العامة ، والتغذية ، والتنظيم الصحي ، وحملات الكشف عن الأمراض ، والإحتياط للحوادث من أية طبيعة كانت .

ويجد قسم مهم من الحاجات الإنفعالية مادة له في البيئة العائلية . ولهذا ، ليس من تشريعات صالحة إلا تلك التي تعزز العائلة وتحفظ وحدتها . فالإعانات العائلية لا تكفي ، ويتيسر المجال لكي نتحسب لمجموعة اجراءات غالباً ما تتبع بعمل الهيئات الخاصة المعدة لدعم التوازن العائلي في حالة المصاعب : كشغل الأم ، أو غياب طويل ، أو استشفاء ، أو وفاة أحد الوالدين ، أو عدم كفاية اقتصادية ونفسية في البيئة ، والهجر أو الخلاف مثلاً . ففي المجتمع المنظم جيداً تحتل العائلة

مكاناً طليعاً . ويتدمج الولد بشكل طبيعي في مختلف البيئات . فهو لا يحيا فقط لأنه سيصبح بالغاً . فحقوقه معترة ومعترف بها ، وهي مبنية على ذات القوانين التي تنظم تكوين شخصيته .

فمن هذه الوجهة ، يكتسب التشريع المتعلق بالطلاق أهمية بالغة ففي أية ظروف يمنع الطلاق ؟ وماذا يحل بالأولاد ؟ واستناداً إلى أية معايير يعهد برعايتهم لهذا أولئك من الزوجين ؟ وما هي الإحتياجات المتخذة لتجنب العقاب الوحيدة للصحة النفسية ؟ فالإجابات على هذه الأسئلة تتعلق تعلقاً واضحاً بالوقاية الأولية . ويصح القول ذاته عندما يصبح ضرورياً إبعاد ولد من الأولاد عن عائلته لإستلام وظيفة مثلاً . ولنذكر أيضاً التني الذي يجب أن تعكس مظاهره الإدارية المعطيات التسمية الأكثر حداثة .

بعد العائلة تأتي المدرسة التي ، بالإضافة إلى دورها المزيج ، في نقل المعلومات والإعداد ، تمثل ليس فقط أفضل ناقل للتربية الصحية ، وإنما أيضاً الوسط الذي تبني فيه الشخصية عمر عامل التكيف الإجتماعي . فلهذه الأسباب يدعي النظام التربوي للعب دور جوهري في الرقابة الأولية . وكل ما يمس ذلك من مبادئ أساسية وتنظيم وارتباط ، وإعداد المعلمين ، من ضمن عوامل أخرى ، يجب أن يسرحي مبادئ الصحة النفسية .

وتعقب سنوات الإعداد فترة التضخ ، وهي الفترة التي يضطلع فيها البالغ بأدواره الرئيسية . فعلى لمجتمع ، بمؤسساته وتنظيمه الداخلي ، أن يشجع الإنخراط في العمل ، أي العمل القيم المبني على الحاجات الواقعية للشخصية . وعليه أن يوفر امكانيات التعبير والتفتح المعقولة . ومن البديهي : أن لهذا الوصف بعض السمات الطوباوية ، وليس أقل بداهة من أن حماية الصحة النفسية تتطلب محاولة للإقتراب من هذه السمات قدر الإمكان .

وتلجأ الشيخوخة بمشاكلتها الخاصة إلى العديد من الإجراءات

الإحتياطية ، فالوضع في الإنفراد مثلاً غالباً ما تتبعه نتائج وخيمة على صعيد الصحة النفسية .

وفي هذا المجال لا يهتم بعض التشريعات مطلقاً بالأمور البشرية . وعلى منظمة الإستخدام أن يكون بمقدورها السماح لعدد من الأشخاص المعمرين بمتابعة الإهتمام من أجل مصلحتهم العليا ومصلحة الجماعة . فالعزلة التي تلحق بالعديد من المسنين ، خصوصاً في أوساط المجتمعات الحديثة المدنية ذات التأثير المرضي المعروف ، يمكن أن تتررها هي أيضاً ، الوقاية الأولية . ومن الممكن أن نموه هذه الوقاية الأولية بعدة أشكال : بصيغ إسكان خاصة ، بمعونات كافية ، بنشاطات ثانوية ، وكذلك تنظيم أوقات الفراغ .

وتجذب الوقاية الأولية أيضاً ميدان عمل لها في المواقف الإجتماعية غير الإعتيادية التي تتضمن أخطاراً على الصحة النفسية . وخلافاً للأزمات الحياتية التي تتطلب مساعدة على الصعيد الفردي ، فهي تسدعي في معظم الأحيان إجراءات عامة وتسبب الكوارث والحوادث والنزاعات الإجتماعية عند العديد من الأشخاص توترات وظواهر عدم تكيف . وهكذا القول عن الظروف غير المشجعة التي تتعرض لها بعض فئات من الأقلية داخل مجموعة من المجموعات ، فالهجرة الداخلية ، وتنقلات السكان تطوي على مخاطر . وفي العديد من الحالات ، يمكن أن تحوّر هذه المواقف ، فالمهم اذن معرفتها في حينها ووضع الترتيبات التي يجب فرضها .

### 3 - الهياكل المختلفة

تنعم الوقاية الأولية بثلاثة أنواع من المقومات : التجهيز الطبي النفسي ، الخدمات الإجتماعية وبعض الهياكل المختصة . وسنشير إشارة سريعة إلى دور الخدمات الطبية النفسية وأيضاً إلى تلك الخدمات التي تتعلق بالتجهيز الإجتماعي لبلد ما ، لنصف فيها بعد بعض الصيغ الأكثر تخصصاً بالموضوع .

إن الهيئات المختلفة للمساعدة الطبية النفسية تهتم عاماً ، وبشكل مدهش ، بشاطات الوقاية الأولية . وهذه الوقاية توافق إذن الوقاية الثانوية والثلاثية . فإثناء دوائر الخدمات في الجماعة وتكوين ملاكها المتعدد المذاهب يحفل تربية المجموعة ، وكذلك التدخلات الوقائية ، أكثر سهولة ، فبماسة استشفاء فرد من أفراد العائلة أو أثناء استشارة ما ، غالباً ما يتمكن الفريق الطبي الإجتماعي من الكشف عن الأوضاع الحرجة ، اما بالنسبة للخدمات الإجتماعية ، فإن دورها من ناحية حماية وترقي الصحة النفسية ، وإن كان غير مباشر ، فهو لا يقل أهمية عنها . وبالفعل فإن هذه الخدمات تؤلف شبكة هامة متطورة إلى حد ما تبعاً للبلد . ففي فرنسا مثلاً تتناول الخدمات الإجتماعية كل مظاهر الحياة الوطنية فهي تدخل بعمق في الجماعة ، كما يدل على ذلك تعداد بسيط لمجالات نشاطها الرئيسية ، من حماية للأمومة والطفولة ، والوقاية الإجتماعية ، والحماية الصحية ، والصحة المدرسية والجامعية ، والطفولة غير المتكيفة ، والجنوح ، وأولاد الشهداء الذين تهتم بهم الدولة ، وبعض الفئات الخاصة من الأشخاص ، كالتارحين والعمال الأجانب ، والمعتقلين ، الخ . يضاف إلى ذلك الخدمات الإجتماعية للمجموعات العامة في نظام الأمن الإجتماعي ، وشركات التأمين المهنية وكذلك المبادرات الخاصة ، دون أن نتكلم عن العديد من الجمعيات الخاصة أو الأعمال المعترة ذات منفعة عامة والتي تركز نفسها للمساعدة بجميع أشكالها .

إن الخدمات الإستشارية تمثل وسيلة عمل وفائي أكثر تخصصاً فهي تركز على مسلحة ترى أنه من المستطاع التأثير على بعض المواقف الخطرة على الصحة النفسية ، إما بتخوير الظروف بواسطة تدخل إجتماعي ، وإما بتقوية عوامل الدفاع عند الشخص ، أو بتعليمه كيفية مواجهة مصاعبه . فليس المقصود إذن علاجاً نفسياً بالمعنى الصحيح ، فإن التدخلات تدل بالأحرى على تقنيات تربوية أو ما يسمى بالإستشارة (Counselling) ويتم العمل بشكل أفضل بواسطة حلقات نقاش .

وتهدف معظم هذه الهيئات إلى صون وحدة العائلة ، وتدارك تفككها . والإختار المتراكم منذ عدة سنوات يرر ، كما يبدو ، وحود هذه الهيئات . فمن بينها نذكر باديء ذي بدء ، هيئات التهيئة للزواج ، ومراكز الإستشارة للمتزوجين . فكثرة الخلافات بين الأزواج ، ونسبة الطجر أو الطلاق ، ونتائجها المشؤومة في الغالب على الأرواد ، تحمل لهم أعظم النفع . فالشباب هم عادة حائرون وقلقون عند انخراطهم في الحياة الزوجية ، فقد تسمح لهم مساعدة نيرة بأن يعوا أنفسهم ، والأحداث التي تنتظرهم تتبعها في الغالب نتائج مشجعة . فالزوجان يتعرضان بنفسيهما لمصاعب ، أو يجتازان أزمت قد لا يوصلان دائماً إلى السيطرة عليها لوحدهما . وهنا أيضاً يفرض التدخل بغية تجنب عديم الرجوع إلى التوتر .

وهناك صيغ أخرى تهدف إلى مساعدة الأهل في عملهم التربوي ، فبفضل اللقاءات المنظمة يتهز هؤلاء الفرصة لمناقشة مشاكلهم المشتركة ، وللإطلاع على المبادئ الأساسية في التربية . ومن الصعب أن نتصور إلى أي حد يرى أزواج هذا العصر أنفسهم عزلاً أما مسؤولياتهم العائلية . فيكفي أن نحضر إجتماع مدرسة للأهل ، مثلاً ، لنأخذ علماً بذلك ، ولتين القيمة البالغة لهذا النوع من النشاط .

وأخيراً ، هناك صيغة أخرى ، طريقة نوعاً ما ، تعرف انتشاراً كبيراً خصوصاً في أميركا وتهدف إلى المساعدة في الكشف عن إشارات التوتر عند لأشخاص الأسوءاء في الظاهر وتهديتهم في الفترة الحرجة فيأتي الزبائن من تلقاء أنفسهم أو يُرسلون من قبل الدوائر العديدة . ويطلب منهم أثناء المقابلة التحدث عن نشاطاتهم وعلاقاتهم مع الأشخاص الآخرين ، وعن عائلتهم وأزواجهم وعملهم ، وبالمختصر عن كل ما له صلة بوجودهم ، ويكون هكذا من المستطاع تقييم شخصيتهم بطريقة سطحية ، ولكنها كافية أحياناً لتقديم نصائح ذات جدوى .

#### 4- التربية الصحية

على الرعاية الأولية ، لكي تؤدي دورها ، أن تحدث تغييرات في المجتمع وعند الأفراد . فالتغيرات الاجتماعية هي نتيجة أحكام تشرعية ، أو بشكل مصغر ، هي التأثير على المحيط بغية إحداث تغيير على المواقف الخطرة على الصحة النفسية . فالتغيرات الاجتماعية يُقابلها تحولات في المواقف وخصوصاً في السلوك .

ويبنى العمل الوقائي على التربية عبر المؤسسات ، ومن خلال الهيئات . فهو يعني إذن أكثر من مجرد نقل للمعلومات .

وتدخل تربية الصحة النفسية في إطار التربية الصحية . فهي تشترك معها في تقنيات مماثلة . بعضها يركز على وسائل إعلام جماهيرية ، وبعض الآخر على طرائق المجموعات . وهي تتوجه إلى الجميع ، إلى الأصحاء وإلى المرضى وعلى الأخص إلى بعض البيئات المختصة التي تلعب دوراً هاماً في الجماعة . وتشمل وسائل إعلام الجماهير المنشورات والصحافة والفيلم والمذياع والتلفزيون . وليس من الجائز أن يجعل من هذه الوسائل مجرد دراسة سطحية .

وسنكتفي إذن بأن نلفت الإنتباه إلى هاتين النقطتين . النقطة الأولى هي أن التربية الصحية ، وعلى الأخص التربية النفسية قد تسبب إثارة للقلق . فمن الأجدر إذن أن يكون المرء حذراً للغاية ، وألا يلجأ إلى الوسائل المخلفة إلاّ بدراسة ، وفي مجال معين . والنقطة الثانية هي أنه ليس من المؤكد أبداً أن هذه الطرائق تعطي نتائج قيمة ، فهي على الأقل في استعمالها المألوف لا تساعد كثيراً في تخطي المستوى الإعلامي . لذا يجب الإحتراس من المبالغة في تقدير أهميتها .

ونحذر ما تُفنع الأفكار بدون مساهمة إفعالية . فهي تولد تلاحماً في الظاهر ، ولكنها لا تبدل كثيراً في السلوك ، لذلك يجب تفضيل التقنيات الشخصية جداً . كنقاش الحلقات مثلاً ، فالحلقة بدنياً يمكنها



الخاصة ، تسهل استرجاع الوعي للمشاكل فتؤثر بدرجات متفاوتة على تصرف أعضائها وتحدث في الغالب التغيرات المنشودة والعلاقة داخل الجماعة هي أيضاً أكثر فعالية من العلاقة الفردية فليس من المصادفة إذن أن تلجأ إلى مثل هذه الصلة معظم الهيئات المهتمة بالعمل الوقائي .

فما هي أهداف التربية في الصحة النفسية ؟ إذا كان المقصود بذلك كافة الناس ، فإن نشر التعليمات حول بعض مظاهر علم نفس الأسرياء وعلم النفس المرضي في إطار كالاتصام مثلاً ، له قيمة تربوية بكل معنى الكلمة . وهذا ما يفرض انتقاء صعباً في غالب الأحيان ، فيجب أن تقتصر على الوقائع المرسومة بدقة والتي تنسجم مع التعميم العلمي . وعلينا أن نتجنب اللجوء إلى النظريات الكثيرة التعميد والألاني استعمال المفردات التقنية .

ويستحق العديد من المفاهيم أن يُعرض ، فالمواضيع لا نقصنا : معنى الإنفعالات ، تكوين الشخصية ، دراسة العوامل التي تؤثر عليها ، العلاقات بين الأشخاص ، إمكانات المعالجة ، تنظيم المساعدة النفسية النفسية ، هذ لكي لا نذكر إلا بعض الأمثلة . وهناك قائدة أيضاً في الحديث عن الأحكام المسبقة من أي نوع كانت وعن بعض المشكلات الخاصة ، كالإدمان على الكحول والتعود على المخدرات والجنوح .

وما يهنا هو الروح التي تواجه بها هذه القضايا الحساسة أحياناً . وهذا العرض يجب أن يدعو إلى الإطمئنان . وهذا يستدعي وجود أهداف محددة تحديداً واضحاً . وإن إعلاماً ملائماً وعلى دفعات متناسبة ، قد يساعد الناس على فهم لأنفسهم فهماً أفضل وعلى فهم الآخرين . ويوفر هذا الإعلام العناصر الضرورية لضبط الظواهر النفسية التي ظلت سحرية حتى هذا الوقت . وينقي شبكة العلاقات الاجتماعية ، ويؤدي إلى إعادة توجيه وتقييم أصوب لتقنيات الطب النفسي .

أما في البيئات المختصة ، فلا يكفي نشر مفاهيم مختصرة جداً . فلدينا مجال لأن نتحسب لإعداد حقيقي واسع نوعاً ما . وبالفعل فإن هذه

البيئات مدعومة للإسهام في التربية الصحية للجماعة . وهذا مطلوب من الهيئة الطبية ، وإكلبروس كل الطوائف ، وكذلك الهيئة التعليمية .  
فهذه المجموعات تشغل مركزاً مرموقاً في المجتمع وأثرها يطل عدداً كبيراً من الأفراد

فالتبيب يرى مرصاه في معظم الأوقات في ظروف حرجة بل دراماتيكية ، فكل تدخل من تدخلاته مناسبة لتربية الصحة ، ولوقاية الصحة النفسية عند الإقتضاء . والكاهن والراعي يتغلغلان بعمق في حياة طوائفهما . فغالباً ما يُهرع إليهما في أوقات الأزمات : في المآتم والمآسي والمصاعب . فهذه دائماً ظروف مناسبة للعمل الوقائي . أما بالنسبة للمعلم ، فإن أثره موقوف على فترات حاسمة في الحياة : في الطفولة والمراهقة . وربما أنه يتحمل ، دون أن يدري ذلك بوضوح ، أضخم المسؤوليات على صعيد الصحة النفسية .



## حركة الصحة النفسية

أصبح بإمكاننا منذ خمسين سنة ونيف أن نتحدث عن حركة للصحة النفسية . فقد حدثت أثناء هذه الفترة القصيرة نسبياً معظم التغيرات التي ذكرناها سابقاً ، وتكون شيئاً فشيئاً هيكل مذهب حقيقي لهذه الحركة . واكتسبت الوقاية النفسية اليوم وجوداً خاصاً فهي لا تختلط بالطب النفسي ، لكنها تشترك مع عدة علوم أخرى وتدرج في لإطار الواسع لعلم الوقاية العامة .

وإذا كانت حركة الصحة النفسية مسؤولة جزئياً عن هذا التطور فإن عوامل أخرى لعبت دوراً وتركت تأثيرات عديدة . يبقى أن أهمية هذه الحركة تستحق أن نتوقف عندها . وسنكلم إذن ، بعد لحظة تاريخية ، عن مظاهرها القومية والدولية لكي نتساءل فيما بعد عن مستقبلها .

### 1 - لحظة تاريخية

ترجع حركة الصحة النفسية إلى جمعية الوقاية النفسية التي تأسست عام 1908 في ولاية كوناتيكت في الولايات المتحدة الأميركية . وتعود المبادرة في ذلك إلى كليفورد وتنغهام بيرز الذي كان عمره حينئذ 32 سنة . ففي ذلك العام نشر بيرز الكتاب الذي كان سبب شهرته : «العقل الذي وجد نفسه» «A mind that found it self»<sup>(1)</sup> ففي هذا الكتاب الذي

(1) ترحم إلى الفرنسية بهران \* (Raison perdue, Raison retrouvée) .

عرف طبقات عديدة جداً ، والذي نشر في عدة لغات ، يروى ببرز تجربته كمريض عقلي . فهو قد أمضى بالفعل عدة سنوات في مستشفى للأمراض النفسية وخرج منها بالطبع مرزحاً عما رأى وما تعرّض له .

لقد كان هدف هذه الجمعية تنبيه الرأي العام إلى مشكلة الأمراض النفسية وتحسين مصير التعساء الذين تعرّضوا لها وهو مصير لا يحسد أحد عليه . فقد كان المرضى يزجون في مستشفى للمحايين لها شكل سجون القرون الوسطى وكانوا غالباً يعاملون بقساوة وبالطبع لم يكن لديهم كبير أمل في الشفاء .

واشتدت في الولايات المتحدة ذاتها جمعيات أخرى ، وفيها بعد تكوّنت لجنة قومية لوقاية الصحة النفسية تعرف اليوم باسم الرابطة القومية للصحة النفسية ، وفي الوقت نفسه قامت رابطات مشابهة في بلدان أخرى وكانت فنلندا البلد الثاني الذي أنشأ جمعية قومية سنة 1917 ، ومن ثم كندا في السنة التي تلت . وفي سنة 1920 تأسست في فرنسا عصابة الوقاية النفسية على يد إدوار تولوز .

ويبدو أن ببرز صمّم منذ لبداية لفكرة حركة واسعة تشمل العالم بأسره . فقد أنشأ منذ 1919 اللجنة العالمية للوقاية النفسية . وسافر كثيراً ما بين 1920 و1930 وأقام علاقات مع الجمعيات القائمة وشجّع إنشاء جمعيات جديدة . وأخيراً أمكن التوصل إلى عقد المؤتمر الأول للوقاية النفسية سنة 1930 وكان مقرّه واشنطن . وغثلت فيه حوالي خمسون دولة وحضره قرابة ثلاثة آلاف مشترك .

واستمرت الحركة في الإتساع وفي سنة 1937 عقد المؤتمر العالمي الثاني في باريس ، وعقد المؤتمر الثالث في لندن سنة 1948 ، وفي هذا المؤتمر الأخير تمحّلت اللجنة العالمية للوقاية النفسية التي لم تكن فعّالة كثيراً إلى هيئة حديثة هي الإتحاد العالمي للصحة النفسية فضمّت معظم الجمعيات القومية التي كان عددها يزايد بالطبع تزايداً سريعاً .

وتألفت في الوقت ذاته تجمعات إقليمية ، فتأسست في السنة 1939 اللجنة الأوروبية للوقاية النفسية . وتعرضت هذه اللجنة إلى نكسة الحرب فعاودت نشاطها سنة 1949 ، وقد استبدل اسمها باسم العصبة الأوروبية للوقاية النفسية . وأنشئت في أميركا اللاتينية هيئة مماثلة هي الرابطة اللاتينية - الأميركية للوقاية النفسية . وهناك حالياً تجمع آسيوي هو في طور التكوين .

وعلىنا ألا نعتقد أن شيئاً ما لم يعمل لمساعدة المرضى النفسيين قبل تأسيس أول جمعية للوقاية النفسية التي كانت ستولد هذه الحركة . ففي كل زمان كان هناك أناس مثقفون جاهدوا لكي يُعامل المرضى ككائنات إنسانية . فيكفي أن تفكر بينال (Pinel) في نهاية القرن الثامن عشر ، ذاك الذي ، بحسب اللوحة الشهيرة ، نزع السلاسل عن مرضى سالباتريار (Salpêtrière) في باريس .

وكان هناك عدد كبير من المنجزات ، بعضها قديم جداً ، بشرت بصيغ المساعدة الحديثة . فهناك غيم جيل (Gheel) العائلي في بلجيكا الذي مضى عليه قرون عديدة . وهناك جمعيات الرعاية في سالباتريار التي تعود إلى سنة 1850 والتي كان لها بحق أعمال خارج المستشفى . وهناك أيضاً في فرنسا جمعيات الإستضافة التي كانت تمارس منذ القرن الماضي إعادة التكييف . وامازر بعض مستشفيات الأمراض النفسية مثل يورك رتريت (York Retreat) في القرن التاسع عشر في إنكلترا بجراً لا يمكن نعت إلا بأنه علاجي .

## 2 - المظاهر القومية

تسمى الجمعيات العديدة التي انتشرت تقريباً في كل أنحاء العالم وراء أهداف متشابهة . فالإ جانب فكرة مساعدة المرضى النفسيين الأولية ، وتحسين ظروف حياتهم ، أضيفت فكرة البحث عن عمل وقائي . وهذه الفكرة هي التي تسيطر اليوم على كل نشاطات الوقاية النفسية .

وليس لكل هذه الجمعيات أهمية متساوية ، فالبعض منها يهتم بشكل خاص بالتقدم الاجتماعي وبالتربية الصحية ، والبعض الآخر يقوم بخدمات شتى ، وبعضها لا يضم سوى بضعة أشخاص من أصحاب النوايا الطيبة وهم لا يقومون إلا بنشاطات محدودة ، وبعضها لديه موازنات ضخمة ، وكل ذلك يتعلق بمستوى رقي البلاد وظروفها المحلية . وطريقة تمويل هذه الجمعيات ذات أثر مهم . فبعضها يستفيد من مساعدات حكومية بينما يعتمد الآخر كلياً على القطاع الخاص .

فمهما كانت بنية هذه الجمعيات ، فإن معظمها تعمل على طريقة الجماعات الضاغطة فهي تمثل لرأي العام والإرادة الممثلة كلياً على أحداث تغيرات في هيئة المساعدة الطبية النفسية ، وخالفاً ما يكون أثر هذه التغيرات كبير جداً . ومن الجائز أن يعزى لها جزء كبير من التقدم الحديث ، وينطبق كلامنا هذا أيضاً على البلدان التي هي في طور النمو منه على البلدان التي تمتلك الآن منظمة تفي بالغاية نوعاً ما .

ويتصرف إهتمام عدة هيئات في فرنسا إلى الصحة النفسية وقد ذكرنا سابقاً أقدمها وهي العصبة الفرنسية للوقاية النفسية ، ومركزها باريس ، وهي تهتم خاصة بالإعلام والتربية وتنظم كذلك سنوياً أياماً للصحة النفسية تعالج خلالها مواضيع ذات نفع عام ، وتصدر نشرة فصلية مخصصة لتأمين الصلة بأعضائها ومجلة علمية بعنوان «الوقاية النفسية» .

ونذكر من بين إنجازاتها المكتب الجامعي للمساعدة النفسية (B.A.P.U) الذي أنشئ بدعم من الرابطة العامة للطلاب . ويشغل هذا المكتب كقيادة للوقاية النفسية ، كما يوفر إمكانيات للمعالجة . ونذكر أيضاً الاتحاد القومي لعائلات المرضى النفسيين والمرضى القدامى ودوابطهم (U.N.A.F.A.M) وهذا الأخير يؤدي وظيفة تربوية قيمة بالرغم من كونها غير مباشرة .

وهناك هيئة أخرى تهتم اهتماماً أكبر بالمشاكل الطبية - الاجتماعية للمرضى النفسيين ، هي الاتحاد الفرنسي لجمعيات الكروا - مارين

(Croix - Marine) التي تأسست سنة 1947 . ويضم هذا الإتحاد ، خاصة في المناطق ، جمعيات نشيطة جداً تؤثر تأثيراً بالغاً بفضل منشوراتها ونشاطاتها واجتماعاتها السنوية ، ومركزها مدينة كليرمون - فران (Clermont - Ferrand) . وتجدر الإشارة أيضاً إلى رابطات ، هي بدون أن ترتبط مباشرة بالصحة النفسية ، تساهم فيها بدرجات متفاوتة . وهذه حالة الرابطة الفرنسية لحماية الطفولة والمراهقة ، المعروفة قديماً باسم الإتحاد القومي لرابطات المناطق من أجل حماية الطفولة والمراهقة ، واللجنة القومية الفرنسية لمكافحة الإدمان على الكحول ، والجمعية الفرنسية للطب الجسدي - النفسي ، ورابطة «الإنطلاق المستعد» (l'Elan Retrouvé) ، ومدرسة الأهل والمربين . وقد ألّفت كل هذه الروابط منذ وقت يسير لجنة ارتباط فرنسية في ميدان الصحة النفسية بغية تنسيق نشاطاتها وتأمين الاتصالات بالهيئات العالمية الكبرى .

### 3 - المظاهر الدولية

إن الإتحاد العالمي للصحة النفسية هو الذي يجسّد هذه الحركة على الصعيد الدولي . فبالإضافة إلى رابطاته الأعضاء ، يقبل الإتحاد بعض الجمعيات التي تهتم بالصحة النفسية وتضم أعضاء فرديين من كل أنحاء العالم تقريباً ، بصفة منظمات فرعية . وتعتد الجمعية العامة مرة في السنة وهي مؤلفة من بعثات وطنية ، وهي التي تنتخب المجلس التنفيذي الذي يتوزع أعضاؤه على القارات الخمس ، ويتمون إلى مهنة مختلفة ، بشكل يعكس التوجيه عبر الثقافات والمذاهب المتعددة . أما بالنسبة للإتحاد العلمي والإداري فهو في عهدة مدير عام أو أمين عام يعينه المجلس .

وتظهر نشاطات الإتحاد العالمي للصحة العقلية في مستويات ثلاثة :

نشاطات تنسيقية ، نشاطات تثليلية ، ونشاطات علمية صرفة . فالنشاطات التنسيقية تقوم على الإتصال بالأعضاء ، ولهذا الغاية ينظم الإتحاد اجتماعات ومؤتمرات . وتعتد هذه الاجتماعات كل سنة في بلدان



شئ وتتناول مجموعة كبرى من المواضيع . أما بالسبة للمؤتمرات فلها  
تعدد في فترات متفاوتة وتدوّن إلى جانب المؤتمرات الثلاثة الأول الموضوع  
تحت رعاية لجنة يبرز الدولية القديمة . ويصدر الإتحاد أيضاً نشرة ،  
ويشجع المبادلات بواسطة الزيارات والاستشارات .

وتهدف النشاطات التمثيلية إلى إقامة اتصالات مع الهيئات الدولية  
الأخرى . ويتمتع الإتحاد بصفة قانونية إستشارية لدى الأمم المتحدة  
ولدى بعض وكالاتها المختصة ، مثل المنظمة العالمية للصحة ،  
والأونيسكو ومنظمة العمل الدولية . ولا تسمح هذه الصفة القانونية  
للإتحاد فقط بعقد علاقات مع هذه الهيئات ، وإنما بالتأثير على البرامج  
ودلك بعرض وجهة نظر الصحة النفسية . وهذا لتأثير هو غالباً غير  
مباشر ولكنه قائم فعلاً . ويجعل القول أن الإتحاد يلعب على الصعيد  
الدولي دور الجمعيات الوطنية إزاء حكوماتها . ويساهم أيضاً مع عدد  
مهم جداً من الهيئات غير الحكومية ذات الأهداف المتقاربة .

وعلى الصعيد العلمي ، ينظم الإتحاد العالمي للصحة النفسية ندوات  
ومحاضرات وحلقات دراسية ، وينشر الملتخصات والتقارير عنها .  
واعتمدت إحدى اللجان ، طيلة سنوات ، بدراسة الأسس النظرية  
للوفاية النفسية بطريقة تعطي لعمليها أسساً أكثر رسوخاً . وقد أسس  
الإتحاد حديثاً مركزاً للإعلام والتوثيق في ميدان الصحة النفسية . وأخيراً  
علينا أن نذكر المبادرة التي قام بها سنة 1960 بتنظيم « لسنة العالمية للصحة  
النفسية » ، فهذا الإنجاز المستوحى من نتائج السنة الجيوفيزيائية أحدث  
نشاطاً هائلاً على الصعيد الوطني والدولي في معظم بلدان العالم .

ولم تعرف حركة الصحة النفسية الإمتداد الذي نعرفه حالياً لولا  
التدخل الحاسم الذي قامت به المنظمة العالمية للصحة . ففي سنة 1949  
أنشئ قسم للوقاية العقلية أصبح منذ ذلك الحين «وحدة الصحة  
النفسية» ، وإذا كانت قد تألفت بنية لنظرية في الصحة النفسية ، فذلك  
مرته إلى الأعمال العديدة التي قامت بها هذه الهيئة فمنذ تأسيسها

تعاقت لجان من الخبراء التركيز على قضايا شتى ، ولتحضير تقارير تنشر  
إنتشاراً واسعاً جداً . فحاول أول هذه التقارير تحديد مبادئ العمل في  
مادة الصحة العقلية ، وطالب ثانيها بإدخال مبادئ الصحة النفسية  
ضمن خدمات الصحة العامة . وتناول التقارير الأخرى كل مظاهر  
الوقاية العقلية من تشريع ، وعمل وقائي ، وعناية بالموصى ، وإعداد  
للأطباء النفسيين ، وأطباء الطب العام ، والهيئة الصحية ، وتهيئة  
المدرسين للعمل الصحي ، الخ . . .

ولم تحمل المشكلات التي لها علاقة أدنى بالموضوع . وهذه حالة  
مشكلات الصحة النفسية المتعلقة بالشيخوخة والتبني والإدمان على  
الكحول والتأخر العقلي ، من بين قضايا عديدة أخرى . وتؤلف بعض  
القضايا موضوع دراسات قائمة بذاتها ، كعلم العدوى ، وجروح  
الطفولة ، والعناية بالأومة ، ومراكز توجيه الطفولة . وتعطي هذه  
اللائحة غير الكاملة فكرة عن القطاعات المدروسة سابقاً . ويتج  
عنها مجموعة من التوصيات التي تسمح لمختلف الحكومات بتنظيم مساعدتها  
النفسية الطيبة من خلال أحدث المعطيات .

وبالإضافة إلى هذه الدراسات ، نرسل المنظمة العناية للصحة  
المستشارين إلى كل أنحاء العالم تقريرياً ، وتساعد الدول في ترميخ  
الخدمات التي هي بحاجة إليها ، وتقديم مُنحاً دراسية تسمح للعديد من  
الأطباء النفسيين ، وكذلك للهيئة المساعدة بأن تستكمل إعدادها .  
ونضيف أن «وحدة الصحة النفسية» ساهمت دوماً مع الإنحاد العالمي  
للصحة النفسية مساهمة فعالة . وبالفعل فإن لكل منها وظائف محددة  
تماماً ناتجة عن انتمائه إما إلى القطاع الحكومي ، وإما إلى القطاع غير  
الحكومي ، وكذلك القول عن بنيتها الخاصة .

وقد أُنشئت منذ بضع سنوات هيئة دولية نالته ، وهي مدعوة لأن  
تدعب دوراً خطي الأهمية . تلك هي الرابطة العالمية للطب النفسي التي  
تضم بشكل خاص جمعيات مهنية . ولهذه الهيئة أهداف علمية ، وهي

تعى بالبحث والتعليم أيضاً . ونذكر كذلك اللجنة العالمية لمكافحة الأمراض النفسية ، التي مقرها الولايات المتحدة ، والتي نظمت حتى الآن مراكز للمعالجة في ثلاث أو أربع دول . وأخيراً ، أسست منذ فترة وجيزة رابطة دولية للطب النفسي الاجتماعي .

ولكننا لم نتكلم إلا عن منظمات الدولية التي تختص فقط بالوقاية النفسية ، فهناك العديد غيرها الذي تبدو أهدافه مختلفة ، ولكن له في الواقع نشاطات تقرب من نشاطات تلك الهيئات ، ويسعى العديد من المنظمات لتقديم العون والمساعدة لبعض فئات من الناس ، كالطفولة مثلاً . ومن البديهي أن تنطوي نشاطات هذه المنظمات على ألوان من النشاطات النفسية . ويمكن ربط العديد من أعمال الوكالات المختصة في الأمم المتحدة بقضايا الصحة النفسية . وقد اهتمت الأونيسكو كثيراً بأوقات الفراغ ، والتميز العنصري ، والتعصب ، والتوترات الدولية أيضاً . وتشير كذلك إلى أهمية قطاع الدفاع الاجتماعي في منظمة الأمم المتحدة من أجل الوقاية النفسية في ميدان الجنوح .

#### 4 - المستقبل

ترجع حركة الصحة النفسية ، بالمعنى احصري لهذا التعبير ، إلى العديد من الجمعيات التي تدين بشكل أو بآخر إلى برز . وهي في الواقع تغطي هذا النطاق . فلندربنا أن هناك منظمات قومية وعالمية تسعى وراء أهداف مشابهة وقد ساهمت في الإزدهار الحاصل في السنوات الأخيرة . وتساهم انجازات هذه الحركة في حقل المساعدة الطبية النفسية وكذلك في سائر النشاطات التي تصدر عنها . ويفرد هذا التمييز بينها كل خطوة مستقبلية .

وقد أنجزت حركة الصحة النفسية ، بشكلها القانوني ، الكثير مما تمهدت به . وهكذا تغيرت جذرياً أوضاع المرضى العقليين في معظم البلدان . وأعيد النظر بالبنات الطبية النفسية ، ودخلت المعالجات

الحديثة جداً في كل مكان . ومع هذا ، يبقى الكثير الذي علينا عمله . فالازدهار ليس شاملاً ولا يزال هناك مناطق يلفها الجهل حتى في البلدان الأكثر تقدماً . وغالباً ما تكون التشريعات بعيدة عن أن تنطق على المفاهيم الحالية . وبالرغم من كل ذلك فالتأنيب الإيجابية ، فمن هذه الوجهة هناك نجاح لا يمكن إنكاره

وربما هناك نجاح ، نوعاً ما غير أكيد ، فيما يخص العمل الوفاقي في مسواه الأولي . وربما عرض هذا العمل بطريقة متفائلة وغامضة جداً . فقد اعتقد البعض أنه يكفي أن نغير الأوضاع الاجتماعية لكي نخفف من وقوع الأمراض النفسية . فقد أطربت أحياناً ، بدون أساس كافٍ ، بعض الإجراءات العامة ، وحول بعض الكتاب ، حتى المشاكل العقدة ، مثل مشكلة العلاقات الدولية ، أو وجود الحروب ، إلى مجرد قضايا وقاية عقلية . وقد أسهمت بعض المبالغات في الخط من قيمة الحركة في بعض الأوساط العلمية .

وحركة الصحة النفسية هي على معطف تاريخي ، فقد حققت جزءاً من أهدافها ، وظهرت من ثم منظمات أخرى لكي تتابع عملها . فبفضلها أدرك القطاع الحكومي مسؤولياته ، واستدرك إلى استعادة بعض نشاطاته . وقد حان وقت تقسيم النتائج لمتابعه السير نحو الأمام ، فبمقدار ما نجحت ، بمقدار ما كانت الحاجة إلى برنامج متجدد .

ولنبحث الآن في مجموعة نشاطات الصحة النفسية ، فإن مستقبلها يتأثر من جهة ، بتطور الطب النفسي والعلوم الإنسانية ، ومن جهة أخرى بتطور المجتمع بالذات . ومنجزات اليوم ، حتى تلك التي تبدو الأكثر ملاءمة ، ليس بالضرورة تلك التي سيحكم عليها أنها صالحة في المستقبل . فقد يبذل أحد الاكتشافات تبديلاً جذرياً مظهر الخدمات الحديثة جداً . فقد مضى زمن كان يبدو فيه مستحيلاً ترك الحرية مثلاً لمريض مصاب بالعصاب ، في وقت لم يكن أحد يتخيل أن هيئات يمكن أن تتأصل في المجموعة ، ولكننا أصبحنا نساءن ما إذا كانت مستشفيات

الطب النفسي لا تزال ضرورية ! فبعض هذه الملاحظات يجب أن يبحث على الإحتراس ، فلا شيء راسخ حقاً في عالم يتغير بسرعة .

ومع هذا ، فهناك مجال للاعتقاد أن التيارات التي تظهر في عصرنا داخل المساعدة الطبية النفسية ، تتبلور يوماً بعد يوم . وستكلم عن اثنين منها : تكامل نشاطات الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة ، والتنظيم الفتوي . فعلى أية حال ، شرع في بعض البلدان ، منذ 1950 ، بتحقيق التكامل المنشود على يد المنظمة العالمية للصحة . وليس من شك أن يكون في هذا التحقيق صيغة المستقبل ، فهذه الصيغة تدل عملياً على إلغاء مبدأ عزل المرضى النفسيين ، والإعتراف بوحدة الشخصية الأساسية . وتسمح هذه الصيغة بتوفير أية حاجات صحية بطريقة إنسانية واقتصادية .

ويعرض تقديم الخدمات المتكاملة اجمالاً إعادة النظر بالتشريعات ، وقد عالج التقرير الرابع للجنة خبراء المنظمة العالمية للصحة (1955) هذه القضية . وأجرى الإتحاد العالمي للصحة النفسية بعد ذلك دراسة عن هذا الموضوع في تسع من البلدان الأوروبية . وفي سنة 1959 ، أعادت انكلترا صياغة تشريعها كياً مدخلة عليه المبادئ الحديثة جداً . وربما في ذلك ، أفضل الأمثلة من هذا النوع . وشكلت في فرنسا لجنة لهذا الغرض ، ويجري الآن بحث تعديلات تشريعية هامة . ويمكننا أن نسأل ما إذا كانت كل هذه الجهود ، بالرغم من أهميتها ، لا تزال متحلفة . فنحن إذا خضنا بالفعل في مبدأ التكامل حتى النهاية ، فنصل من ذلك إلى مواجهة قيم قانون تشريعي صحي موحد يتضمن أحكاماً خاصة تبعاً لأنواع المرضى ، من أية فئة كانوا .

أما بالنسبة للميل إلى هذا التنظيم الفتوي ، فإنه يبدو واضحاً تماماً كي يؤخذ به . ويتعلق انتشاره بالمؤسسات القائمة ، وهو خاضع لألوان معينة من التنظيم الاجتماعي ، ومع العلم بهذه القيود ، لا يبدو أن هناك صيغ أفضل لتأمين الوقاية في كل المجالات . ويفرض هذا الميل تنسيقاً وطيفاً

للبنيات الطبية والاجتماعية . ونرى في آخر تحليل أن الميل إلى التنظيم المثوي مبني على مفهوم للصحة جديد نسبياً ، فالصحة لا تعني الخلو من المرض ، ولكنها تشكل قيمة في حد ذاتها ، . فالقضية ليست فقط تنظيم التصدي للمرض وإنما حماية الحالة الصحية وغناها إذا أمكن . وهذا فارق جوهري .

وستكون دراستنا ناقصة إذا نحن لم نخوض عمار البحث العلمي . فهو الذي يبرر العمل ويجعله ممكناً في الحاضر والمستقبل . ونحن قد شكونا في العديد من المناسبات من تقصير الجهود العلمية في ميدان الصحة النفسية ، وأشرنا إلى التعقيد البالغ للموضوع من الوجهتين النظرية والتقنية . وبضيف أنه ليس من السهل تمويل الأبحاث في هذا المجال بالقدر المطلوب ، فالمقاومة عظيمة ، والمجتمع ليس مستعداً كثيراً ، كما يبدو ، للقيام باستشارات لا مفر منها . وذويرة ما يصيب إليه إنشاء مركز دولي لأبحاث الصحة العقلية يقوم بتسيق ما يبحث في كل أنحاء العالم ، وإكمال المعلومات الأساسية وطرائق التطبيق كذلك . ولا تبدو الهيئات الحالية قادرة على القيام حقاً بهذه الوظيفة ، كما يجب ، بالرغم من أن عدداً كبيراً منها يقوم بنشاطات في ميدان الأبحاث .

وليس باليسير وضع لائحة بالمواضيع التي تفسح المجال لاستشارات أشمل ، وبالطبع فإن كل المظاهر تقريباً التي أشرنا في هذه الصفحات تتطلب توضيحاً وتتمياً . على سبيل التعمين ، نذكر بعضاً من الميادين الرئيسية التي يتفق عليها خبراء الصحة النفسية ليوصلوا جهودهم إليها كعلم الأوبئة ، وعلم بيئة الأمراض النفسية ، وعلم أسبابها أيضاً ، وكذلك تسمياتها ، وتكوين وعمل الدناع ، والمعالجات ، وتنظيم العمل الوقائي والمساعدة الطبية النفسية ، وتقنيات تقديم الصحة النفسية وتقييم البرامج ، وأثار التنظيم الاجتماعي على تكوين الشخصية وأنواع التصرفات ، والتأقلم الثقافي ، ودراسة أمراض مزمنة معينة كالناخر

العقلي ، الخ . . . ومن البديهي أن أبحاثاً كهذه تتطلب وسائل هائلة ، ويجب أن تدعمها هيئات ملائمة مختصة . ولا يمكن لهذه الهيئات إلا أن تكون متعددة الاختصاصات والثقافات ، مما يصنعها بصيغة دولية .

## الخاتمة

ها قد وصلنا إلى نهاية بحثنا . فقد حاولنا بادية ذي بدء أن ندرك معنى مفهوم الصحة النفسية بالذات ، بكل ملاماته . وأقلعنا عن تحديده بشكل مختصر ومصطنع ، فاستخرجنا عدداً من المعايير التي بدت لنا قيمة ، وأوضحنا تأثير عوامل المحيط ، وتساءلنا انطلاقاً من هذه المعطيات عن الطرائق في ميدان الصحة النفسية ، ورأينا أنها تنبثق عن تطور الأفكار والمعالجات وتنظيم المساعدة الطبية النفسية . وهذا ساعدنا في أن نتعرف إلى امكانيات وحدود الوقاية بشئ مظاهرها .

فإذا نستنتج ؟ ليس من السهل ، وأغلب الظن نادراً ما هو مرغوب ، أن نختصر بوضع صيغ النقاط الأساسية التي عالجناها ، فقد اقتضت هذه النقاط على ما هو جوهري ، وستكفي إذن بملاحظة قصيرة ذات طابع عام جداً ، وهذه الملاحظة مبنية على أساس مبدئي هو أن الصحة النفسية ، تخضع لأنظمة من القيم .

وإذا أردنا ذلك أم لا ، فإن المفاهيم التي نحدثنا عنها تعد إلى عالم خاص هو العالم الغربي ، وربما أيضاً إلى بنيات متطورة نسبياً داخل الجماعة . وبحسنا وراء ذلك عن الفروقات الثقافية ، وهذا يبدو خاصاً بكل الكائنات البشرية . وبالرغم من جهودنا ، فقد بقي هناك ، دون شك ، حد غامض لا يزلزل ، فعلينا أن نحترس إذن من التعميمات السريعة ، ويجب أن نتجنب اعتبار الصحة النفسية كقيمة مطلقة وهذا ما يؤدي إلى أن نغدق عليها معنى قد لا يكون لها ، فتكوين الشخصية يدل على صيغة موحدة ، وكذلك القول عن حماية وتقديم الصحة النفسية . فهذه الروح يجب أن يُعرض العمل الوقائي .



الموضوع	الصفحة
مدخل	5

## الباب الأول :

### مفهوم الصحة النفسية

الفصل الأول : في البحث عن تحديد مفهوم الصحة النفسية	9
الفصل الثاني : تكون الشخصية	19
الفصل الثالث : ظروف الصحة النفسية	29
الفصل الرابع : معايير الصحة النفسية	43

## الباب الثاني :

### الطرائق والتقنيات

الفصل الخامس : تطور الأفكار	61
الفصل السادس : المساعدة الطبية النفسية	73
الفصل السابع : الرقابة الأولية	87
الفصل الثامن : حركة الصحة النفسية	99
الخاتمة	111



## هذا الكتاب

ما من بلد في العالم إلا ويعد متأخراً في مجال معالجة المرض النفسي ، فعدد المصابين به في ازدياد ، ومن الوهم الاعتقاد بأن بناء المستشفيات ، وإعداد الاختصاصيين هو الحل الناجع لهذه المعضلة العالمية .

إن العوامل التي تزيد من استئراء هذا المرض عديدة ، منها تزايد السكان وكثافتهم في المدن ، وترقي الأحوال المعيشية والبليلة التي تتعرض لها القيم والمعتقدات . ولما كانت حركة التصنيع في تزايد ، فقد حملت معها أيضاً بعضاً من الأمراض النفسية ، ولذا برزت الحاجة إلى إجراءات وقائية ناجعة .

في هذا الجو المنذر بالمرض ، المشحون بالحروب يأتي صدور كتاب « الصحة النفسية » كإسهام بارز في الاضاءة على هذا الموضوع . ولعل عناوين فصوله كافية لجذب انتباه القراء إلى متابعة المضمون .

في باب نظري عالج المؤلف الحالة النفسية لدى المرضى والأسوياء ، والتكيف الناجع مع الحياة

وفي باب تطبيقي تحدث عن تطور الإنكار في النظر إلى المرضى النفسيين ، وكيفية معاملتهم ، ووسائل العلاج والحيطة ، ثم أفادنا عن المساعدة الطبية النفسية في المستشفيات وخارجها والخدمات الخاصة في هذا المجال ، والترابط الوظيفي وبرامج العمل ، كما تناول الحيطة العائلية وإجراءاتها وختم بلمحة تاريخية عن العناية بالمرضى النفسيين ومصادر هذه العناية على الصعيدين القومي والعالمي .

إذا كان المجتمع العربي عامةً ، واللبنائي خاصةً ، بحاجة ماسة لكتاب من هذا النوع في ظروف هذا العصر العادية ، فهو بحاجة لمن في ظروف الاضطرابات العالمية والاقلية .